

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
PRODUCTIONS KYSTIQUES OVARIENNES
CONSÉCUTIVES A L'HYSTÉRECTOMIE

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 13 Mars 1934

POUR OBTENIR LE GRADE DE
Docteur en Médecine

par

M. CHENEVARD Maxime-André
né à Fontenois-la-Ville (Haute-Saône), le 17 Mars 1906
Ancien Externe des Hôpitaux

EXAMINATEURS DE LA THÈSE : { MM. MICHEL, Professeur ... *Président*
HOCHÉ, Professeur.... }
BINET, Agrégé..... } *Juges.*
GUILLEMIN, Agrégé.. }

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical

CHAUMONT
IMPRIMERIE DE L'EST

1934

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
PRODUCTIONS KYSTIQUES OVARIENNES
CONSÉCUTIVES A L'HYSTÉRECTOMIE

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 13 Mars 1934

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

par

M. CHENEVARD Maxime-André

né à Fontenois-la-Ville (Haute-Saône), le 17 Mars 1906

Ancien Externe des Hôpitaux

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :	{	MM. MICHEL, Professeur ...	<i>Président</i>
		HOCHÉ, Professeur...	} <i>Juges.</i>
		BINET, Agrégé	
		GUILLEMINE, Agrégé..	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical

CHAUMONT
IMPRIMERIE DE L'EST

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. L. SPILLMANN, O *, I Q.

Professeurs honoraires : MM. NICOLAS, *, I Q ;

WEISS, O *, I Q ; BOUIN, O *, I Q ;

ANCEL, *, I Q ; GARNIER, *, I Q ; MACÉ, *, I Q ; P. PARISOT, O *, I Q.

Professeurs :

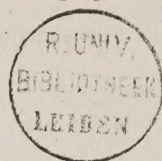
Anatomie pathologique	M. L. HOCHÉ, O *, I Q.
Clinique médicale	M. G. ETIENNE, O *, I Q.
Physique	M. DUFOUR, *, I Q.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.	M. L. SPILLMANN, O *, I Q.
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	M. FROELICH, *, I Q.
Physiologie	M. M. LAMBERT, *, I Q.
Clinique obstétricale et Accouchements	M. A. FRUHNSHOLZ, O *, I Q.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. P. JACQUES, *, I Q.
Clinique de chirurgie urinaire	M. P. ANDRÉ, *, I Q.
Histologie	M. R. COLLIN, *, I Q.
Anatomie descriptive	M. M. LUCIEN, *, I Q.
Clinique chirurgicale	M. G. MICHEL, *, I Q.
Clinique médicale	M. L. RICHON, *, I Q.
Chimie médicale	M. H. ROBERT, *, I Q.
Thérapeutique	M. M. PERRIN, *, I Q.
Hygiène et médecine préventive	M. J. PARISOT, C *, I Q.
Clinique chirurgicale	M. HAMANT, *, I Q.
Clinique ophtalmologique	M. P. JEANDELIZE, *, I Q.
Hydrologie	M. SANTENOISE, *, A Q, Z.
Clinique des maladies des enfants	M. L. CAUSSADE, *, I Q.
Bactériologie	M. DE LAVERGNE, *, I Q.
Histoire naturelle et parasitologie	M. G. THIRY, *, I Q.

Chargés de cours complémentaires :

Pharmacologie	M. M. PERRIN, *, I Q, professeur.
Clinique des maladies tuberculeuses (1)	M. J. SIMONIN, A Q agrégé.
Pathologie générale	M. SIMONIN, A Q, agrégé.
Clinique gynécologique	M. A. BINET, *, I Q, agrégé libre.
Pathologie externe	M. GUILLEMIN, A Q, agrégé.
Clinique des maladies contagieuses.	M. DE LAVERGNE, *, I Q, professeur.
Propédeutique dermatologique	M. WATRIN, *, I Q, agrégé libre.
Médecine opératoire	M. M. BARTHÉLEMY, *, I Q, ag. lib.
Electrothérapie et radiologie	M. G. LAMY, *, I Q, agrégé.
Accouchements (Cours théoriques)	M. JOB, *, I Q, agrégé libre.
Obstétrique	M. VERMELIN, *, I Q, agrégé.
Clinique propédeutique médicale	M. DROUET, A Q, agrégé.
Anatomie et Médecine légale	M. MUTEL, *, I Q, agrégé.
Pathologie interne	M. ABEL, *, A Q, agrégé.
Clinique des maladies mentales	M. HAMEL, *, docteur.
Education Physique (1)	M. L. MERKLEN, A Q, agrégé.
Physiologie du travail	M. L. MERKLEN, A Q, agrégé.
Clinique neurologique (1)	M. MICHON, docteur.
Propédeutique O.-R. L. (1)	M. AUBRIOT, docteur.

Agrégés en exercice :

MM. LAMY, *, I Q.
MUTEL, *, I Q.
VERMELIN, *, A Q.
GUILLEMIN, A Q.
ABEL, *, A Q.
DROUET, A Q.
SIMONIN, A Q.



MM. MERKLEN, A Q.
FLORENTIN.
CHALNOT.
BODART.
WOLFF.
POURCINES.
MELNOTTE, O *.

Agrégés libres :

MM. G. GROSS, *, I Q ; S. REMY, I Q ; BUSQUET, I Q ; L. JOB, *, I Q ;
M. FAIRISSE, I Q ; BINET, *, I Q ; BARTHÉLEMY, *, I Q ; WATRIN, *, I Q.
M. E. TRIBOLET, I Q, secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A MES PARENTS

à qui je suis profondément reconnaissant de
m'avoir toujours laissé l'esprit et le jugement
libres, sans jamais les fausser ni les asservir ;
faible témoignage de ma grande affection.

A TOUS MES AMIS

quel que soit le coin du monde qui les ait vus
naître. Il est des affections qui durent toute
la vie sans jamais s'altérer.

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le PROFESSEUR MICHEL,

*Professeur de Clinique chirurgicale,
Chevalier de la Légion d'honneur,*

dont nous avons pu apprécier le haut enseignement, admirer la science et la maîtrise chirurgicales, et dont l'incomparable bonté pour ses malades doit servir d'exemple à tous.

A MES JUGES

M. le PROFESSEUR HOCHÉ,

Professeur d'Anatomie pathologique,

grâce auquel nous avons pu avec profit jeter les yeux sur l'une des branches essentielles de la science médicale.

M. le PROFESSEUR AGRÉGÉ BINET

chargé de la Clinique de Gynécologie,

dont nous avons fréquenté le service avec grand intérêt.

M. le PROFESSEUR AGRÉGÉ GUILLEMIN

qu'il nous est très agréable de remercier ici du fond du cœur pour la grande bienveillance qu'il nous a toujours témoignée, les conseils qu'il nous a prodigués, et le précieux enseignement dont il nous a fait bénéficier dans son service.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ

INTRODUCTION

Quelqu'un a dit : « *Tota mulier in utero* », ce qui, d'ailleurs, comme bien des textes latins, possède un sens plus ou moins obscur, et peut s'interpréter de différentes manières. Dans tous les cas, il est certain qu'une femme dont l'appareil génital a subi une mutilation, est très diminuée physiquement dans sa qualité d'être humain. Cette dépréciation, due à la non intégrité génitale, existe d'ailleurs pour l'homme comme pour la femme.

L'appareil génital est peut-être ce que l'être humain possède de plus précieux, tout au moins du point de vue du médecin, puisque c'est au médecin qu'incombe la noble tâche de sauvegarder la race humaine, et non seulement de réparer les dégâts sur ses individus, mais aussi de leur assurer la possibilité de créer des êtres nouveaux, sains, et capables eux-mêmes de perpétuer le genre. C'est l'appareil génital qui conditionne l'existence ou la disparition de l'espèce humaine. C'est pourquoi le médecin a l'attention constamment fixée sur les dangers qui le menacent. Aussi, quand le chirurgien a la main forcée, du moins s'ingénie-t-il à conserver tout ce qu'il lui est possible de sauver du désastre.

C'est de ce principe que sont nées les interventions

conservatrices sur l'appareil génital. Nous n'avons pas à entrer ici dans le détail de ces interventions, et de leurs indications respectives au cours des différentes affections génitales. Nous rappellerons seulement que, dans les affections salpingo-ovariennes, par exemple, on conserve le plus possible l'utérus. On va jusqu'à faire des hystérectomies fundiques qui permettent de conserver les règles, et actuellement, l'hystérectomie isthmique, qui tend de plus en plus à remplacer la précédente, car elle est moins grave qu'elle, et donne moins de déboires aux chirurgiens. Dans les cas qui ne nécessitent pas l'hystérectomie, on fait autant que possible des ovariectomies unilatérales, et même, dans les cas de lésions ovariennes bilatérales, des résections partielles de l'ovaire, qui conservent de celui-ci les régions saines. Enfin, lorsque l'hystérectomie totale ou subtotala est nécessaire, une question se pose si tout ou partie du tissu ovarien est exempt de lésions : Y a-t-il un avantage à conserver ce tissu ovarien sain ?

Il est évident que le problème ne se pose pas pour les femmes âgées dont la vie génitale est terminée. Il faut remarquer d'autre part que plus les lésions ovariennes sont accentuées, moins l'influence de la castration sur le système nerveux sera marquée ; par suite, plus les lésions seront prononcées, moins on aura d'intérêt à conserver ce qui reste de tissu ovarien sain.

En dehors de ces cas, le chirurgien se demande toujours s'il doit respecter le tissu ovarien, ou s'il doit en faire l'exérèse en même temps que celle de l'utérus et des trompes. Le problème a été très débattu ; en ce qui concerne la solution à lui donner, les avis sont très par-

tagés, et actuellement encore, la discussion reste ouverte : MM. FAURE et SIREDEY, dans leur *Traité de Gynécologie*, se montrent très parcimonieux quand il s'agit de sacrifier les ovaires : « Toute cette chirurgie conservatrice, disent-ils, doit avant tout viser à respecter l'ovaire dont nul ne songe plus à nier l'utilité au point de vue général ». Or, TIXIER, dans une discussion à la Société de Chirurgie de Lyon (février 1925), dit au contraire : « Si maintenant j'enlève presque toujours systématiquement les deux ovaires, c'est que nous savons qu'au point de vue physiologique, leur conservation ne présente aucun intérêt ».

Opinions totalement divergentes, absolument opposées, de gynécologues pourtant également éminents. Pourquoi? C'est peut-être que des idées théoriques sur le rôle physiologique de l'ovaire, plutôt que des faits bien établis par des statistiques suffisamment importantes d'interventions conservatrices systématiques, ont déterminé les avis. Il faut convenir que la question de la dégénérescence kystique des ovaires après l'hystérectomie, n'a pas retenu toute l'attention qu'elle méritait, ni provoqué une étude suffisamment rigoureuse.

Nous pensions donc que le problème méritait d'être tout au moins nettement posé. Aussi, lorsque Monsieur le Professeur agrégé GUILLEMIN nous proposa pour sujet de thèse celui qui fait l'objet de ce travail, avons-nous accepté avec enthousiasme la proposition qui nous était faite d'apporter notre modeste contribution à cette étude.



Si l'on veut pouvoir discuter avec fruit de l'utilité de la conservation systématique de l'ovaire, il est de toute

nécessité d'examiner de près, sans parti pris, d'une part les avantages, d'autre part les inconvénients de cette règle de conduite. C'est seulement après avoir pesé avec minutie les uns et les autres qu'on pourra voir de quel côté penche la balance.

Si, d'abord, on n'enlève pas les ovaires, ou si on n'enlève qu'une partie du tissu noble, on conserve, au moins pendant quelque temps, la sécrétion interne de l'ovaire, et, par conséquent, on réduit et même on supprime les troubles parfois graves de la ménopause artificielle. Par contre, il y a des risques, qui sont essentiellement des risques d'infection, quand il s'agissait d'une inflammation utéro-salpingo-ovarienne ayant nécessité l'hystérectomie ; ce sont des douleurs, de pathogénie assez obscure ; enfin, ce sont aussi ces accidents signalés assez souvent depuis qu'on fait des hystérectomies sans castration totale, ou avec castration qui n'est totale qu'apparemment : nous voulons parler de la dégénérescence kystique du tissu ovarien respecté.

Examinons rapidement chacun de ces facteurs.

Les avantages. — On sait depuis longtemps que la castration totale chez la femme est responsable, pour une grande part, d'un certain nombre de troubles qu'on désigne sous le nom d'accidents de la ménopause artificielle. Ces troubles sont plus ou moins marqués suivant les sujets, et si dans certains cas, ils peuvent être graves, désastreux même, chez beaucoup d'autres femmes, ils sont légers, et parfois, ils font presque complètement défaut.

Il est certain que l'on a beaucoup exagéré l'influence

de la castration sur les accidents présentés quelquefois par les opérées. Ces accidents sont surtout d'ordre nerveux ; ils sont à peu près les mêmes que ceux de la ménopause naturelle ; pourtant, les réactions sont en général, plus accentuées, ce qui se comprend facilement si l'on veut bien remarquer que la castration, pratiquée au cours de la vie génitale, détermine une suppression brusque des fonctions ovariennes, à laquelle l'organisme n'a pas le temps de s'adapter, adaptation qui peut au contraire se faire au cours de l'involution lente normale de l'ovaire.

Les accidents de la ménopause artificielle ont été bien étudiés par les neurologistes, et Monsieur LAIGNEL-LAVASTINE, dans un remarquable rapport présenté au congrès des aliénistes et neurologistes, tenu à Dijon en 1908, arrive à la conclusion que les psychoses post-opératoires graves sont surtout conditionnées par une défaillance primitive, héréditaire de la cellule nerveuse.

En réalité, à côté de ces psychoses dégénératives variées, il y a une deuxième catégorie de troubles psychiques qui, eux, relèvent bien directement de l'insuffisance ovarienne. Il est nécessaire, pour pouvoir discuter des avantages de la conservation des ovaires au cours de l'hystérectomie, d'examiner rapidement ces troubles, de voir quelle est leur gravité, et dans quelle mesure ils sont accessibles à la thérapeutique.

Les troubles de la ménopause. — Sans décrire ces accidents bien connus, nous dirons seulement qu'on rencontre souvent un ralentissement de la nutrition, obésité rapide et intense, plus rarement de l'amaigrissement,

des rhumatismes, des dermatoses, eczéma et prurit vulvaires. Du côté de l'appareil cardio-vasculaire, de l'hypertension intermittente qui exagère les bouffées de chaleur, les maux de tête, les vertiges, les étourdissements ; dans d'autres cas, ce sont des palpitations, des crises de tachycardie paroxystique, avec sueurs profuses, douleurs précordiales, qui impressionnent les malades.

Enfin, en ce qui concerne le système nerveux, on peut observer des phénomènes qui se rattachent à la neurasthénie. Chez les prédisposées, on peut voir apparaître des psychoses plus graves encore : vésanies, érotisme, mysticisme, mélancolie, qui constituent des dangers pour les femmes elles-mêmes et pour leur entourage. Nous avons vu plus haut que, dans ces cas, l'insuffisance ovarienne ne joue qu'un rôle de cause occasionnelle, et que la psychose reconnaît pour cause fondamentale une « *débilité congénitale ou acquise de la cellule nerveuse* ».

Il n'en est pas moins vrai que la conservation des fonctions ovariennes est peut-être capable de les éviter.

Leur gravité. — On voit donc que ces accidents qui reconnaissent comme cause plus ou moins directe la castration ovarienne peuvent présenter une gravité incontestable qui, à elle seule, semble justifier les interventions qui respectent le tissu ovarien.

Leur accessibilité au traitement. — Il est bien évident enfin qu'un traitement médical bien conduit est capable d'influencer favorablement cette pathologie de la ménopause anticipée ; mais il n'en reste pas moins pourtant

que, comme toujours, une bonne prophylaxie vaut beaucoup mieux qu'un traitement même efficace.

Depuis longtemps, on trouve cette opinion exprimée par la plupart des gynécologues, les auteurs américains surtout ; et déjà, SCHERWOOD DUNN, dans une réunion de l' « American Association of obst. and Gyn. » du 29 août 1897, administre de l'ovarine à ses malades, mais préconise le traitement conservateur dans les affections génitales.

Certains physiologistes et chirurgiens se basant sur les expériences de TUFFIER sur les greffes ovariennes et sur les travaux d'ASCHNER, affirment que la persistance des règles est indispensable pour empêcher les femmes de souffrir des troubles de la ménopause artificielle ; et ils n'ont certainement pas tout-à-fait tort. De fait, le cas n'est pas exceptionnel où la persistance de l'un ou des deux ovaires à leur emplacement normal après une hystérectomie n'a pas empêché l'apparition des troubles : nous n'en voulons pour preuve que nos observations VIII, X, XI et XXII, dont nous ferons état plus loin.

D'autre part, des travaux récents sont venus préciser nos connaissances sur les interactions des différentes parties du système génital, et en particulier sur l'influence de l'utérus sur l'histophysiologie ovarienne. Nous devons à ces travaux des notions nouvelles qui ont entraîné des modifications dans notre conception de la physiologie génitale, et ont eu en même temps des répercussions thérapeutiques.

Dans le domaine expérimental d'abord, TAKAKUSU en 1924, opérant sur le rat, montre que la suppression de l'utérus accélère la rupture des follicules déjà arrivés à

un certain degré de maturation, et provoque l'atrésie des autres. De plus, il s'efforce de montrer que la transplantation d'un fragment d'utérus empêche ces troubles histologiques de se produire.

LÆB avait déjà vu que, chez le cobaye, l'hystérectomie détermine l'atrésie des follicules et la persistance des corps jaunes. PARFENOFF en 1931, VALTON SESSUMS et DOUGLAS MURPHY en mars 1933, font des constatations analogues et démontrent l'action protectrice de l'endomètre sur l'ovaire et l'efficacité des greffes de cette muqueuse.

Chez la femme enfin, on a vu que la persistance d'un moignon utérin assez gros pour contenir une certaine quantité de muqueuse, ou encore la greffe d'endomètre, empêche la dégénérescence de la greffe ovarienne, et prévient beaucoup plus sûrement les troubles de la ménopause artificielle. (CHEVAL, DÉJARDIN, L. et CH. MAYER).

Pourtant, d'autres auteurs croient à l'efficacité de la greffe ovarienne isolée ; en particulier PAGE et FEREY, Mlle MAXWELL (1924, statistique de 500 cas) ; déjà, en 1910, SCHEURER avait publié une revue intéressante des travaux faits sur les greffes ovariennes, et il conclut que la greffe épargne les troubles de la ménopause anticipée à 50 % environ des femmes castrées, tandis que 8 à 10 % seulement des femmes qui ont subi la castration double sans greffe ovarienne, échappent à ces accidents. En tout cas, même si l'ovaire laissé en place ou greffé après l'hystérectomie dégénère, ce qui semble la règle quand on n'a pas conservé en même temps une portion suffisante d'endomètre, il est logique de supposer que le temps qu'il met à dégénérer ou à se résorber

peut au moins permettre à l'organisme de s'adapter dans une certaine mesure, à la suppression des fonctions ovariennes.

Les inconvénients. — 1° D'ordre infectieux. Nous essayerons de montrer dans ce travail que la conservation de l'ovaire à son emplacement normal après l'hystérectomie n'est pas à pratiquer, même quand l'organe paraît sain. A plus forte raison est-elle à déconseiller quand l'organe est lésé, en particulier quand il est le siège d'un processus infectieux. En effet, si les lésions sont nettes et étendues, la conduite à tenir est simple : il faut faire l'ablation complète de la glande ; mais si les lésions sont partielles et mal caractérisées, il est souvent bien difficile de discerner les parties saines des parties malades, et dans ces conditions, on risque fort d'enlever ce qu'on devrait laisser, et vice-versa. Dans ce cas, on risque de laisser subsister dans l'abdomen un foyer inflammatoire qui, suivant les cas, peut s'exalter et donner une collection ovarienne avec réaction péritonéale de voisinage ; la rupture de cette collection sera possible, avec les complications péritonéales graves qui en sont la conséquence obligatoire.

Le processus inflammatoire peut être moins aigu, et dans ce cas, on peut voir se développer aux dépens du péritoine, une formation plus ou moins nettement enkystée. SÉJOURNET en a publié, en 1924, un cas typique survenu après une hystérectomie abdominale subtotale pour pyo-salpinx, et où la poche contenait un liquide clair, eau de roche. « Je crois, dit SÉJOURNET à propos de ce cas, que j'ai été en présence d'une formation kystique

d'origine péritonéale, comparable à ces bulles de péritonite que l'on rencontre fréquemment au cours des laparotomies pour annexites. »

Le même processus inflammatoire atténué et exsudatif peut très bien se produire, au niveau de lésions ovariennes qui survivent à l'hystérectomie ; et c'est peut-être ce mécanisme qui est à l'origine de certains kystes résiduels ovariens dont nous reparlerons au chapitre pathogénique ;

2° Les douleurs. Enfin, une inflammation plus atténuée encore ne donnera lieu à aucun signe physique, mais sera la cause de troubles fonctionnels, en particulier de douleurs plus ou moins intenses. C'est là peut-être, soit par le mécanisme de la congestion, soit par celui d'adhérences parfois très solides, l'origine possible de phénomènes douloureux dont se plaignent quelquefois les hystérectomisées à qui on a laissé en place un ovaire ou les deux ovaires.

D'autres fois, les femmes souffraient de leurs ovaires avant l'intervention ; dans ces conditions, elles risquent fort de continuer à souffrir après l'intervention, et il vaut mieux alors considérer les ovaires comme malades, et les enlever en même temps que l'utérus ;

3° Les kystes résiduels ovariens. Enfin, nous en arrivons à la question dont l'étude fait précisément l'objet de ce travail : la dégénérescence kystique du tissu ovarien respecté, volontairement ou non. Il est bien entendu que le terme de *résiduel* est employé ici non pas par rapport à la castration totale, mais par rapport à l'hystérectomie dont la production kystique constitue en quelque sorte le « résidu ».

Il faut convenir que cette question n'a été jusqu'à présent, que bien insuffisamment étudiée ; les traités classiques n'en parlent pas ; LECÈNE signale des tumeurs secondaires à l'ablation incomplète des annexes, et qu'il appelle la « punition » d'une faute de technique.

Il y a relativement longtemps que cet accident a été signalé au cours des interventions sur les annexes, puisque dès 1897, H. C. COE publie un cas de dégénérescence kystique d'un ovaire après une opération conservatrice au cours de laquelle il avait réséqué un morceau de la trompe correspondante ; mais il n'avait pas pratiqué l'hystérectomie.

Il importe donc au plus haut point de savoir si le fait de laisser à une femme ses ovaires en place après l'hystérectomie ne lui fait pas courir un danger trop considérable, si les avantages qu'elle peut en tirer valent les risques auxquels l'expose cette intervention conservatrice. En particulier, en ce qui concerne les kystes résiduels ovariens, il faut pouvoir en évaluer d'une part la fréquence : c'est ce que nous essayerons de faire en étudiant l'étiologie ; d'autre part, la gravité, ce qui trouvera place au chapitre du pronostic. La question se posera aussi de savoir si l'hystérectomie est responsable, et dans quelle mesure, de ces productions kystiques résiduelles.

Ici comme toujours, le problème consiste à peser soigneusement et consciencieusement le pour et le contre, et à tâcher de tirer de cette discussion minutieuse des conclusions nettes capables de devenir la base d'une ligne de conduite pour le chirurgien, au plus grand avantage des malades. Nous essayerons de dégager cette ligne de conduite dans nos conclusions.

Nous avons vu plus haut que, en définitive, il était de toute utilité de conserver les fonctions ovariennes. Mais, on dispose de plusieurs procédés conservateurs ; lequel faut-il employer de préférence ?

En effet, au cours de l'hystérectomie conservatrice, on peut se contenter de laisser en place les ovaires, ou seulement l'un d'eux, si l'autre est malade. On peut encore, quand les deux ovaires sont atteints, mais non en totalité, faire des résections partielles, cunéiformes, et laisser seulement dans l'abdomen un moignon ovarien. (Nous avons vu plus haut tous les aléas que comporte cette manière de faire). On peut enfin greffer en divers endroits du tissu ovarien pris sur la malade, ou même sur une autre femme ; et ceci nous amènera à parler des greffes.

Mais il ne faut pas oublier qu'une hystérectomie peut être involontairement conservatrice, soit que la difficulté de l'exérèse, par suite d'adhérences, par exemple, ait obligé le chirurgien à laisser des traces de tissu ovarien. soit que la malade soit porteuse d'un ou plusieurs ovaires surnuméraires, ce qui est assez fréquent, puisqu'on les a trouvés chez 4 % des femmes environ. Et nous verrons que les kystes ovariens développés après castration totale occupent une place importante dans l'histoire des kystes résiduels ovariens en général.

Quel que soit le cas, et par conséquent, que la conservation soit volontaire ou non, il peut se développer des formations kystiques dans le tissu ovarien conservé. Nous envisagerons donc les kystes résiduels développés après hystérectomie soit aux dépens d'ovaires entiers abandonnés simplement à leur emplacement normal, soit aux

dépens de moignons ovariens laissés après résection partielle de l'ovaire, soit aux dépens de débris ovariens laissés intentionnellement ou non après castration, soit enfin aux dépens d'ovaires surnuméraires restés ignorés au cours de l'hystérectomie.

Nous n'avons pas connaissance de cas de kystes résiduels développés au niveau de greffes ovariennes : c'est pourquoi nous n'envisagerons cette méthode conservatrice que comme moyen prophylactique pour éviter un accident qui nécessite souvent une réintervention.

Après nous être occupés de l'historique et de l'étiologie, nous consacrerons un chapitre à la symptomatologie et au diagnostic en faisant état de tous les cas cliniques que nous avons pu colliger. Il nous a semblé que les symptômes étaient plutôt mal connus, et cependant très importants à bien connaître : on ne pense pas assez aux kystes résiduels ovariens.

Le pronostic et l'évolution ne nous retiendront pas longtemps. Au contraire, nous pensons que l'étude des causes de ces productions kystiques est au moins intéressante ; elle peut nous permettre déjà de nous rendre un peu compte du rôle que peut jouer l'ablation de l'utérus dans cette dégénérescence ; et par là même, elle est susceptible de guider le chirurgien dans le choix de sa ligne de conduite.

Mais nous avons pensé qu'il ne fallait pas compter bâtir un essai pathogénique sans se baser sur une étude soigneuse des lésions observées. C'est pourquoi, après un rappel bref de l'histologie normale de l'ovaire, nous exposerons très rapidement l'anatomie pathologique des différentes productions kystiques ovariennes résiduelles.

C'est après seulement que nous croyons à la possibilité de se faire une opinion sur la pathogénie de ces productions. Enfin, dans un dernier chapitre, nous nous occuperons de leur traitement.

CHAPITRE I

HISTORIQUE

La connaissance des kystes résiduels ovariens consécutifs à l'hystérectomie, est de date relativement récente, puisque c'est DARTIGUES qui, en 1907, signale le premier la nature ovarienne d'une production kystique résiduelle qu'il appelle « *cysthématome menstruel* ».

Longtemps auparavant, on avait signalé d'assez nombreux cas de kystes pelviens consécutifs à des hystérectomies : LE DENTU en rapporte deux observations au congrès de Chirurgie en 1891 ; la même année, HAHUSSEAU consacre sa thèse aux « *formations kystiques consécutives à l'extirpation de l'utérus et des annexes* ». Ensuite, BAUDRON en 1894, et CLARET en 1896, font paraître des travaux sur les kystes pelviens consécutifs à l'hystérectomie vaginale. Mais dans toutes ces publications, il manque les indications concernant la nature des lésions. Et il est possible que parmi ces cas, il y ait eu des productions kystiques de nature ovarienne.

Pourtant, avant DARTIGUES, on avait signalé des cas de dégénérescence kystique ovarienne consécutives à des

interventions conservatrices ayant consisté non pas en une hystérectomie, mais en une salpingectomie ; ces faits nous ont semblé cependant avoir leur importance, et nous croyons devoir les signaler ici, afin de suivre un ordre chronologique :

H. C. COE rapporte dans le numéro de décembre 1897 de l' « American gynec. and Obst. Journal », un cas de kyste développé dans un ovaire laissé en place après une opération conservatrice ayant consisté en un curettage utérin avec colpotomie, ablation de l'ovaire et de la trompe gauche, et résection de l'extrémité externe de la trompe droite.

En février 1900, le même auteur rapporte à la « New-York obst. soc. », un cas semblable qu'il publie dans le numéro de mars 1900 de l' « American gynec. and obst. journal ». L'examen histologique révéla un kyste folliculaire simple. Dans la discussion qui suivit cette communication, WALDO déclara qu'il venait d'observer un cas semblable.

De son côté, EDMUND WALDSTEIN publie dans le numéro du 6 octobre 1900 de la « Central-blatt für Gynakologie », 4 observations de dégénérescence kystique de débris d'ovaire après ovariectomie pour annexite inflammatoire.

Dans deux de ces cas, l'examen microscopique montra qu'il s'agissait de dégénérescence microkystique de ces débris ovariens.

Mais c'est seulement en 1907 que la question commence à être abordée, avec DARTIGUES, qui publie dans le bulletin de la société de l'internat un cas de « *cysthématome menstruel post-opératoire* ». Dans le numéro de mai 1907 de ce même bulletin, il parle des « productions kystiques

intra-ligamentaires consécutives à l'hystérectomie abdominale » ; mais, la nature de ces productions n'est pas précisée.

A la suite de ces publications, DARTIGUES et JOANNIDES font paraître en février 1908, un article sur les « *cysthématomes menstruels post-opératoires* ».

L'année suivante paraît la thèse de CHASSAT également sur les « *cysthématomes menstruels post-opératoires* », et dans laquelle il professe les mêmes idées que DARTIGUES sur la question.

Puis, pendant longtemps, à part une observation de « *cysthématome menstruel* » publiée par M. de ROUVILLE en 1913, rien ne paraît sur la question.

Il faut arriver jusqu'en 1925 pour que PAUL GILLET, de Lyon, publie dans le numéro de janvier de la « *Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique* » un article intitulé : « *Dégénérescence kystique itérative de débris ovariens après castration totale* ». Il y rapporte trois cas personnels ; bien que tous les trois soient dépourvus d'examen histologique, la nature ovarienne de deux d'entre eux semble certaine ; le troisième, au contraire, est très douteux quant à sa nature, et nous n'en ferons pas état.

La même année, M. LANOS, dans le numéro du 1^{er} mai 1925 du « *Bulletin des Chirugiens de Paris* », relate l'observation d'un kyste pelvien d'origine ovarienne développé après hystérectomie pour péritonite aiguë.

La même année encore, M. CHALIER, à la Société de Chirurgie de Lyon, séance du 5 janvier 1925, parle des kystes pelviens consécutif aux castrations totales pour pyo-salpinx : sur quatre observations qu'il présente, l'une

seulement, en particulier par l'aspect « ovarien » de la coupe macroscopique, paraît se rapporter à la question qui nous occupe.

Citons encore, publié au cours de cette année par HALLER, dans le « Bulletin des Chirugiens de Paris », un cas de fibrome kystique de l'ovaire développé après hystérectomie abdominale subtotale.

C'est donc en réalité en 1925 seulement que les kystes résiduels ovariens consécutifs à l'hystérectomie prennent véritablement place dans la littérature médicale.

En avril 1927, paraît la thèse de MIKLER, intitulée : « Contribution à l'étude des productions kystiques pelviennes après castration totale chez la femme », et dans laquelle il mentionne la nature ovarienne de certaines de ces productions.

A partir de ce moment, les observations vont se multiplier. En juillet 1928, c'est COSASESCO, de Bucarest, qui relate deux cas de kyste de l'ovaire après hystérectomie pour fibrome, auxquels il joint deux cas de MARINESCO ; ce sont d'ailleurs les premières observations dans lesquelles l'ovaire ait été systématiquement conservé ; elles sont mentionnées dans le numéro de juillet 1928 de la « Revue française de Gynécologie et l'Obstétrique ».

En 1929, MM. FIOLE, HAYEM et BOURDE, rapportent l'observation d'une tumeur kystique résiduelle dont la constitution ovarienne ne fait guère de doutes.

Puis, MM. CORNIL et FIOLE publient dans la *Presse Médicale* du 3 octobre 1931, une étude très complète de ces productions pelviennes kystiques après castration totale, et leur reconnaissent une origine ovarienne dans trois de leurs observations. Cette publication constitue peut-être le document le plus complet sur la question.

L'année suivante, M. P. BROcq et Mlle B. DUPEUX relatent dans le numéro de juin 1932 du « Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie », un cas de « formation ovarienne développée dans le petit bassin à la suite d'une hystérectomie pour grossesse tubaire ».

Dans la discussion qui suivit cette communication, M. P. MOULONGUET signale qu'il a opéré un cas de production polykystique de nature ovarienne reconnue à l'examen histologique, survenue deux ans après une intervention pour salpingo-ovarite droite, au cours de laquelle il avait fait une ablation isolée des annexes droites.

En même temps, M. P. MOULONGUET en signale un autre cas qu'il n'a pas opéré, mais qu'il a traité par la radiothérapie.

Enfin, tous récemment, MM. RICHE, E. MOURGUES-MOLINES et P. LONJON rapportent dans le numéro de juin 1933 du « Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie », deux cas de productions kystiques pelviennes développées après hystérectomie, et dont la nature ovarienne semble certaine, bien qu'elle n'ait pas été confirmée par l'examen histologique.

Tel est, exposé dans ses grandes lignes, l'historique de cette affection.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE

Fréquence. — Il est certes très difficile d'évaluer la fréquence des kystes résiduels ovariens consécutifs à l'hystérectomie, en premier lieu parce que, les symptômes ayant une intensité très variable, on peut penser que la symptomatologie a pu, dans certains cas, être suffisamment fruste pour que l'affection soit passée inaperçue ; il est donc possible qu'un nombre indéterminé de ces kystes ait échappé à la clinique.

En second lieu, il faut remarquer que, d'une façon générale, on n'a pas souvent conservé systématiquement l'ovaire sain après l'hystérectomie ; et dans les salles d'opérations, lorsqu'on enlève un utérus fibromateux, par exemple, on enlève en même temps les annexes ; aussi, dans la plupart des observations publiées jusqu'ici, si on avait laissé du tissu ovarien, c'était soit par hasard, soit parce qu'on n'avait pas pu faire autrement. Par conséquent, il est bien probable que la pratique d'une chirurgie plus systématiquement conservatrice amènerait une augmentation de la fréquence des kystes résiduels ovariens.

Quoi qu'il en soit, MIKLER, dans sa thèse soutenue à Nancy en 1927, fait une revue de toutes les productions kystiques pelviennes, de quelque nature qu'elles soient,

survenues après castration totale chez la femme, et les considère comme rares ; les kystes de nature ovarienne qui, dans cette revue générale, ne tiennent qu'une place relativement petite, seraient donc à plus forte raison également peu fréquents.

A ce propos pourtant, nous devons signaler une publication excessivement importante de A. COSASESCO, mentionnée dans la « Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique », an. XXIII, n° 7, juillet 1928, p. 428-432, et intitulée : « A propos des kystes de l'ovaire à la suite des hystérectomies pour fibromes ». Se basant sur une statistique d'hystérectomies conservatrices (la seule que nous ayons trouvée), de JUVARA, DIMITRIU et GADEL, statistique portant sur un ensemble de 70 cas, COSASESCO trouve un pourcentage d'environ 3 % de dégénérescences kystiques des ovaires laissés en place, le pourcentage étant fait sur l'ensemble des malades opérées. Mais, d'une part, 16 seulement des opérées sont revenues se plaindre de différents troubles, et c'est parmi ces 16 malades que l'auteur a trouvé les 2 cas qu'il publie ; peut-être y en avait-il d'autres.

D'autre part, il ne considère que les dégénérescences mucoïdes, et déclare laisser de côté les dégénérescences scléro-kystiques des ovaires conservés ; or, cette variété fait partie de l'affection qui nous occupe.

Donc, d'après cette statistique, et d'après le nombre déjà appréciable des cas publiés, les kystes résiduels ovariens, sans être monnaie courante, semblent cependant assez fréquents. C'est aussi la conclusion qui nous paraît la plus exacte.

Leur fréquence semble d'ailleurs s'être accrue depuis

qu'on a attiré un peu plus l'attention sur eux, et peut-être en ferait-on plus souvent le diagnostic si on les connaissait mieux et si on y pensait plus souvent.

Causes occasionnelles. — Il n'y en a qu'une, c'est l'hystérectomie ; cette intervention peut respecter les ovaires ; c'est le cas surtout lorsqu'elle est motivée par une affection non inflammatoire, un fibrome, par exemple. Il est vrai que M. GILLET considère les lésions inflammatoires comme nécessaires pour qu'on puisse observer la dégénérescence de l'ovaire ; et à propos des hystérectomies pour fibromes, au cours desquelles on a laissé en place un ovaire ou les deux ovaires, il dit : « Jamais il ne nous a été donné de constater la moindre altération kystique d'ovaires reconnus sains et libres au moment de l'intervention initiale. On ne voit de dégénérescence kystique que dans les cas d'annexites, d'ovaires primitivement adhérents ». Et pourtant, la statistique déjà citée de COSASESCO montre que cette opinion peut se discuter et paraît trop exclusive, puisqu'on y voit des dégénérescences kystiques d'ovaires laissés sains après des hystérectomies pour fibromes, où l'infection ne jouait aucun rôle.

L'intervention peut aussi être une castration totale ; c'est le cas surtout quand on a affaire à des affections génitales d'ordre inflammatoire ; alors, souvent, l'ablation de la glande ovarienne est difficile à réaliser en totalité, et quand les ovaires enflammés sont adhérents de partout, englobés dans une gangue de pelvi-péritonite au milieu de laquelle on a beaucoup de peine à les reconnaître, on laisse souvent dans l'abdomen des fragments d'ovaires qu'il serait dangereux de vouloir enlever.

Causes prédisposantes. — Mais il ne suffit pas de faire une hystérectomie pour voir se développer ensuite chez l'opérée un kyste résiduel ovarien ; c'est qu'en effet, il y a un certain nombre de causes prédisposantes dont les unes sont des causes locales, les autres des causes générales.

A) Locales : 1° Parmi les causes prédisposantes locales, il faut mentionner l'état inflammatoire antérieur des ovaires qu'on retrouve très fréquemment dans les observations. Et cet état inflammatoire antérieur semble favoriser doublement la dégénérescence kystique de la glande atteinte, en ce sens que, d'une part, l'infection du tissu noble paraît jouer dans la pathogénie de cette dégénérescence un rôle indéniable ; et que, d'autre part, c'est précisément au cours des hystérectomies pour salpingo-ovarites, où l'exérèse est souvent rendue laborieuse par les lésions de voisinage, qu'on risque le plus de laisser dans le champ opératoire des débris annexiels susceptibles d'être plus tard frappés de dégénérescence ;

2° Comme autre cause prédisposante locale, il en est une qui nous paraît avoir aussi une importance incontestable : c'est l'état kystique antérieur de la glande génitale ; il peut être dû à la présence d'un kyste banal de l'ovaire, qui fut la cause directe ayant entraîné l'hystérectomie initiale ; ou bien, on peut avoir affaire à ces petits kystes qu'on rencontre fréquemment sur les ovaires au cours de certaines affections utérines, les fibromes en particulier, les cancers utérins, et dont FORGUE et MASSABUAU ont voulu donner une explication pathogénique. Dans ces conditions, il n'est pas étonnant que des parcelles de ces ovaires, déjà en puissance de dégénérescence,

aient tendance à donner facilement des kystes résiduels. D'ailleurs, ces deux facteurs, infection et état kystique préalables, peuvent se trouver réunis, comme dans deux observations de PAUL GILLET, dont nous ferons état plus loin ;

3° Enfin, une troisième cause prédisposante locale sur laquelle il convient d'insister ici, c'est la présence, chez un assez grand nombre de femmes, d'ovaires surnuméraires hétérotopes. En effet, BENGEL en a trouvé 23 fois sur 500 autopsies prises au hasard, c'est-à-dire qu'ils existeraient chez un peu plus de 4 % des femmes.

Ils sont para-utérins, en général latéro-utérins, et peuvent être soit uni-latéraux, soit bi-latéraux, uniques, ou le plus souvent multiples. Cette topographie des ovaires surnuméraires doit être très bien connue du chirurgien, car elle peut lui permettre, comme le font remarquer MM. CORNIL et FIOLE, de faire dans une certaine mesure la prophylaxie des kystes résiduels ovariens, en explorant lors de l'hystérectomie initiale, les abords de l'utérus qu'il enlève. Cette origine possible des productions kystiques résiduelles aux dépens d'ovaires surnuméraires expliquerait qu'elles puissent survenir après des castrations n'ayant présenté aucune difficulté, hystérectomie pour fibrome par exemple (CORNIL et FIOLE).

B) Générales : Parmi les causes prédisposantes générale, l'âge et certainement la plus importante. C'est au moment de la pleine activité génitale que la dégénérescence kystique se voit : les malades ont de 25 à 40 ans ; l'âge moyen est de 30 ans.

CHAPITRE III

ETUDE CLINIQUE

Nous avons déjà dit combien la symptomatologie des kystes ovariens consécutifs à l'hystérectomie était importante à bien connaître. En effet, les signes n'en sont pas très nombreux ; de plus, ils sont très variables dans leur intensité, et peuvent être assez frustes pour rendre difficile le diagnostic, en particulier, le diagnostic important de la nature ovarienne de la production.

DÉBUT. — Pour qu'un kyste résiduel ovarien détermine des troubles, il faut d'abord que ce kyste ait acquis un certain développement. Mais le temps écoulé entre l'hystérectomie et l'apparition des premiers symptômes est essentiellement variable. Il est en général de quelques mois ; mais il peut être beaucoup plus court : dans l'observation XVI, il était de 20 jours seulement ; il était de cinq mois dans une observation de P. GILLET et dans celle de J. LANOS. Il peut, au contraire, être beaucoup plus long : il atteignait 3 ans dans une observation de P. GILLET et dans l'observation XIV, de MM. CORNIL et FIOLE, 4 ans dans celle de MM. RICHE, MOURGUE-MOLINE, et LONJON ; 12 ans (GUILLEMIN).

Cette grande variabilité tient à ce que, probablement

suivant l'état d'extensibilité des tissus pelviens dans lesquels il se développe, un petit kyste peut amener des troubles considérables, alors qu'un kyste gros comme une tête de fœtus peut n'être que peu douloureux. Cela tient peut-être aussi à ce que les femmes sont loin de réagir toutes de la même façon à la douleur.

Donc, au bout d'un certain temps après l'hystérectomie, alors que tout s'était bien passé jusque là, l'opérée commence à ressentir des douleurs vagues dans le bas-ventre. Quelquefois, c'est seulement une sensation de lourdeur, de pesanteur, siégeant dans le petit bassin, et exagérée par la fatigue. Rarement, la douleur acquiert d'emblée une grande intensité. Bref, la malade souffrant de plus en plus, vient se soumettre à un nouvel examen.

PÉRIODE D'ÉTAT. — A ce moment, on peut observer des signes fonctionnels, des signes généraux, des signes physiques.

Signes fonctionnels. — Nous exposerons d'abord les signes fonctionnels, puisque ce sont eux qui amènent la malade au chirurgien et provoquent l'examen physique.

a) Douleurs. — La douleur est certainement le symptôme le plus constant et aussi le plus net puisque le plus pénible pour la malade ; aussi voit-on presque toujours, pour ne pas dire toujours, les femmes venir consulter parce qu'elles souffrent ; bref, c'est la douleur qui domine le tableau clinique.

Elle siège généralement dans le petit bassin, dans le « bas-ventre » ; mais elle peut aussi siéger à l'hypogastre (DARTIGUES), dans une fosse iliaque (LANOS). Souvent,

elle est bilatérale, mais elle peut être unilatérale comme dans une observation de P. GILLET, dans l'observation XV, de CORNIL et FIOLE, de même chez une malade de M. MOURGUE-MOLINES.

En tout cas, dans la plupart des observations, elle prédomine d'un côté, celui du kyste.

Elle peut être rigoureusement localisée ; il en était ainsi dans l'observation de DARTIGUES citée plus loin, où, à part des coliques de tout le bas-ventre, il y avait « des douleurs marquées, bien localisées du côté gauche de l'hypogastre, et sans irradiations ». Mais presque toujours, la douleur irradie vers les reins, les lombes, le plus souvent ; vers les membres inférieurs, la vessie, le rectum.

Ce sont quelquefois des douleurs à type d'élancements ; mais elles sont souvent continues avec des périodes de recrudescence qui peuvent même constituer de véritables crises douloureuses : c'était le cas de la malade de DARTIGUES qui, « sous l'influence d'une fatigue, eut une véritable crise, marquée par des douleurs du côté gauche, si vives qu'elle dut s'aliter pendant un mois ».

Au point de vue de son intensité, la douleur est évidemment très variable, ce qui se comprend facilement si l'on admet, comme nous l'avons déjà dit, que d'une part la souplesse des tissus pelviens varie beaucoup, suivant, par exemple, qu'ils sont plus ou moins infectés ou qu'ils ne le sont pas du tout, et que d'autre part, le psychisme très variable avec chaque malade, joue un grand rôle dans la perception de la douleur. En général, cette douleur est assez vive, le plus souvent intolérable, puisqu'elle amène les malades à demander une nouvelle intervention ;

mais elle peut être réduite, surtout au début, à une sensation pénible de pesanteur dans le bassin. Quelquefois aussi, la douleur pelvienne s'accompagne de ténésme rectal, de dysurie.

D'ailleurs, certaines circonstances peuvent exagérer les douleurs ; en général, celles-ci sont exacerbées par la marche, la station debout ; pourtant, une malade de CHALIER était mieux debout que couchée ; elle pouvait se coucher sur le côté gauche, le côté de son kyste ; mais le décubitus latéral droit faisait apparaître de vives douleurs. Les douleurs sont de même provoquées ou exacerbées par le toucher vaginal ou le coït. Enfin, leur intensité peut aussi varier spontanément, et souvent avec une certaine régularité, ce qui leur donne un caractère de *périodicité* qui n'est certainement pas le moins intéressant ni le moins important pour le diagnostic ; en effet, la coïncidence possible de ces exacerbations avec l'époque théorique correspondant aux règles supprimées, ou avec certains écoulements sanguins dont nous reparlerons n'est certainement pas sans relation avec la nature ovarienne de ces productions.

Il en était ainsi, par exemple, chez une malade de TIXIER, qu'il n'a d'ailleurs pas opérée, pour laquelle, par conséquent, il n'y a pas eu de vérification opératoire du diagnostic, et à propos de laquelle il dit : « Je découvris à gauche, derrière le ligament large, une tuméfaction arrondie, du volume d'une petite mandarine, paraissant nettement kystique. La malade racontait qu'à des intervalles mensuels assez réguliers, elle souffrait à gauche et accusait à ce moment des malaises subjectifs lui rappelant ceux antérieurement éprouvés au moment

de ses règles. Excellent état général. Aucun traitement. Pendant plusieurs années, j'ai suivi régulièrement l'évolution de cette collection. Elle présentait des périodes d'augmentation et de diminution très manifestes. Puis, tout est rentré dans l'ordre ; il faut dire que les années avaient passé et que l'âge de la ménopause normale était arrivé ; toute fonction ovarienne plus ou moins atténuée devait donc cesser ».

De même, chez les deux malades de J. L. FAURE et de DARTIGUES, dont nous citons plus loin les observations, et dont la première « ressentait à l'époque correspondant aux règles supprimées, différents malaises : étouffements, douleurs du ventre et des reins, congestion de la face ; cet état durait 3 ou 4 jours, puis tout rentrait dans l'ordre » ; et dont la seconde, à l'époque correspondant aux anciennes règles, éprouvait « un syndrome douloureux pédioidique qui durait 6 à 8 jours ; puis tout rentrait dans l'ordre ». Enfin, une malade de M. MOULONGUET, castrée pour salpingite bilatérale, présentait « des crises douloureuses très vives régulièrement mensuelles ».

On a discuté pour savoir si la douleur pouvait manquer : c'est possible, mais ce doit être bien exceptionnel ; dans tous les cas que nous citons, c'était le signe le plus net.

b) Persistance de phénomènes menstruels. — Quand l'hystérectomie primitive a été une subtotale, et que le moignon cervical est grand, il persiste au niveau de ce moignon une certaine quantité de muqueuse utérine ; s'il subsiste en même temps dans l'organisme un élément ovarien, rien d'étonnant à ce qu'au niveau de cet endomètre réduit s'accomplissent des phénomènes menstruels. Et effectivement, on retrouve des hémorragies dans bien

des observations ; MM. CORNIL et FIOLE ont les premiers insisté sur elles, et leur attribuent avec raison une importance capitale : « Non pas, disent-ils, que des règles strictement normales aient de grandes chances de réparaître avec la tumeur, mais elles peuvent être ébauchées, ou réduites ou capricieuses, comme le sont les règles préménopausiques ». En effet, ce sont le plus souvent de petits écoulements rosés ou rouges ; la malade de HAYEM et FIOLE présentait « quelques petites pertes rouges » ; celle de BOURDE « avait présenté à différentes reprises quelques pertes rouges durant chaque fois deux jours ».

Mais la malade voit quelquefois réellement ses règles persister ou plutôt réparaître au bout d'un certain temps, 15 mois après l'opération pour celle d'une observation de M. RICHE ; au bout de ce temps, cette femme « avait vu réparaître ses règles et, depuis un an, perdait en rouge durant 6 à 7 jours deux fois par mois ». La malade du D^r PELLANDA, dont l'histoire est rapportée dans une observation de P. GILLET, avait continué à être réglée *irrégulièrement et douloureusement*.

Donc, un caractère remarquable de ces écoulements menstruels est d'être irréguliers, capricieux. Leur fréquence est assez grande, comme on le voit, malgré la pratique de la subtotalé qui ne laisse qu'un petit moignon cervical et par suite, le plus souvent, une portion trop minime d'endomètre, ou même n'en laisse pas du tout ; on a évalué en effet, à 4 cm² environ la surface d'endomètre nécessaire pour que des écoulements menstruels puissent se produire.

Et la pratique de l'hystérectomie sus-isthmique les rendrait certainement plus fréquents encore. Quoi qu'il

en soit, la persistance d'écoulements menstruels après l'hystérectomie constitue, surtout dans les cas où on avait fait une castration totale, un signe précieux en faveur de la nature ovarienne d'une production kystique résiduelle constatée au toucher, et d'autant plus précieux qu'il semble être en rapport étroit avec la dégénérescence kystique elle-même : en effet, quelquefois, le petit élément ovarien laissé dans l'abdomen après l'hystérectomie est insuffisant tout d'abord pour provoquer la réapparition des règles ; mais, qu'il se mette à dégénérer, et il semble qu'alors, soit par prolifération due à cette dégénérescence, soit par un processus d'hypertrophie compensatrice consécutive à l'ablation de la plus grande partie du tissu ovarien, son aptitude fonctionnelle augmente progressivement, et qu'ainsi, mais au bout d'un certain temps seulement, il devienne capable de déclencher des phénomènes menstruels. Cet « *intervalle libre* » apparaît très nettement dans l'observation de MM. RICHE, MOURGUES-MOLINES et LONJON, où il a atteint 15 mois.

Signes généraux. — a) Il y a d'abord un signe négatif que l'on constate quelquefois, et qui présente alors un grand intérêt diagnostique quand l'intervention primitive avait été une castration totale, car avec la persistance des écoulements menstruels et le caractère périodique des douleurs, il semble signer la nature ovarienne de la production kystique révélée par l'examen physique : ce signe, c'est la non apparition après la castration initiale, des troubles de la ménopause anticipée.

Ce symptôme ne doit pas nous étonner, puisque récemment encore, « des auteurs américains ont montré que la conservation ou même la greffe d'une portion minime

d'endomètre suffisait, avec une faible portion d'ovaire, pour supprimer les troubles consécutifs à une ablation du système génital » (HAMANT). Il faudrait plutôt s'étonner de ne pas le rencontrer plus souvent. Il se présente avec une grande netteté, en particulier, dans deux observations de P. GILLET.

Dans la première, il s'agissait d'une femme opérée en 1915 par le Professeur PATEL, qui avait pratiqué une hystérectomie totale ; l'intervention n'avait été suivie d'aucun trouble, ni bouffées de chaleur, ni troubles subjectifs de la castration. En 1919, le D^r PELLANDA fait une ponction d'un kyste résiduel ovarien, suivie de drainage : toujours pas de troubles de la ménopause artificielle ; ce fait reçoit une explication en 1920 où une nouvelle masse kystique apparaît : nouvelle ponction, suivie également de drainage prolongé : mais cette fois, « fait caractéristique, des bouffées de chaleur sont apparues peu après la seconde ponction, comme si les débris ovariens, demeurés vivaces jusque là, s'étaient enfin et définitivement atrophiés ».

Dans la seconde observation, il s'agit d'une femme castrée en 1919 et hystérectomisée en janvier 1923 pour un kyste ovarien latéro-cervical. En juin 1923, apparition d'un nouveau kyste ovarien latéro-cervical, qu'on traite par ponction suivie d'un drainage prolongé à la gaze : la malade guérit ; « elle ne souffre plus, mais elle a beaucoup grossi, des bouffées de chaleur se montrent intenses, l'appétit sexuel a disparu, tous phénomènes qui ont succédé de très près à la ponction vaginale ».

b) La fièvre. — En général, la température est normale. A cela, rien d'étonnant lorsque les lésions qui ont

motivé la première intervention sont des lésions aseptiques, indépendantes de toute cause inflammatoire (kyste de l'ovaire, fibrome...). Mais, quand on a eu affaire à une affection inflammatoire du système génital, salpingo-ovarite, pelvi-péritonite, etc... quand il y a des chances pour qu'un processus inflammatoire plus ou moins atténué persiste encore dans l'abdomen, soit au niveau des tissus pelviens, soit au niveau de la production kystique elle-même dont le développement, dans ce cas, n'est très probablement pas étranger à cette infection initiale, on conçoit très bien que la température puisse s'élever au-dessus de la normale. Et effectivement, on observe dans quelques cas une légère ascension thermique. La malade de LANOS, par exemple, revient consulter parce qu'« elle ressent des douleurs dans la fosse iliaque droite et qu'elle a de la fièvre » ; elle avait été hystérectomisée pour double pyosalpinx ayant déterminé une péritonite aiguë ; il n'y a pas d'indication sur le type de cette fièvre. Mais, généralement, c'est une fébricule vespérale quotidienne, comme dans l'observation de HALLER où la malade « faisait tous les soirs une légère ascension thermique, 37°8, et même à deux ou trois reprises, 38° » ; elle avait été opérée d'un hydrosalpinx.

Signes physiques. — Si les signes fonctionnels sont importants, puisque ce sont eux qui amènent la malade et qui font soupçonner l'origine des troubles, ce sont les signes physiques, et en particulier ceux que révèle le toucher vaginal, qui font confirmer le diagnostic ; ils méritent donc une description détaillée.

Lorsque le kyste atteint un gros volume, il n'est pas rare que l'inspection dénote une *voussure de l'abdomen*, ren-

dant souvent celui-ci asymétrique par suite de la situation latérale habituelle du kyste. Cette voussure, quelquefois visible seulement à jour frisant, est dans d'autres cas remarquée par la malade elle-même qui s'aperçoit que « son ventre grossit ». Il en était ainsi dans l'observation de J.-L. FAURE où « quatre mois après l'hystérectomie abdominale, la malade voit son ventre augmenter de volume, surtout du côté droit » ; de même pour celle de DARTIGUES, « il lui semble que son abdomen augmente légèrement de volume ». Si l'inspection s'aide du spéculum, que montre-t-elle encore ? Souvent un col gros, enflammé, avec une leucorrhée, vestige d'une métrite antérieure. Du moins, elle confirme l'absence de néoplasme du col auquel auraient pu faire penser des écoulements sanguins, lesquels, comme nous l'avons vu plus haut, sont loin d'être rares.

Le palper abdominal permet quelquefois de sentir à travers la paroi une tuméfaction de consistance kystique, dont on peut déterminer plus ou moins nettement les contours, la forme, le volume ; cet examen provoque des douleurs vives.

La tumeur est mate à la percussion.

Mais c'est en réalité le toucher vaginal qui constitue la méthode exploratrice la plus sûre ; on peut presque dire que c'est au toucher qu'on fait le diagnostic du kyste : on sent, bombant dans l'un des culs-de-sac, le plus souvent l'un des culs-de-sac latéraux, d'autres fois dans le cul-de-sac de DOUGLAS, une *tuméfaction* dont le volume est très variable ; en la saisissant pour ainsi dire entre le ou les doigts vaginaux et la main abdominale, on peut en apprécier le volume ; il varie de celui d'une noisette ou d'une noix à celui des deux poings (DARTIGUES), ou même d'une

tête d'adulte (J.-L. FAURE) : mais ceci est exceptionnel ; en général, le kyste est gros comme une mandarine ou une orange. De plus, assez souvent, la tumeur subit des variations dans son volume qui tantôt augmente, tantôt diminue (TIXIER, GUILLEMIN). Il est arrondi, à contours assez nets, mais quelquefois diffus (RICHE et MOURGUE-MOLINES).

Presque toujours il est distinct du moignon cervical s'il y en a un (hystérectomie subtotal), dont il reste séparé par un sillon plus ou moins large. Il donne au doigt qui touche l'impression d'une poche remplie de liquide ; mais la consistance est variable, d'abord avec la tension et la nature du liquide contenu, et ensuite avec l'épaisseur des parois : assez dure pour les petits kystes sous tension, mais dont les parois ne sont pas encore distendues ; plus mollassse pour les gros kystes ; rénitente ou demi-rénitente pour les kystes sanguins à contenu poisseux ; mais ceci n'a rien de rigoureux : quoi qu'il en soit, le plus souvent, on a nettement l'impression au toucher d'une poche renfermant du liquide. Mais il faut remarquer que cette sensation peut être plus ou moins effacée par la présence d'adhérences assez développées pour dissimuler pour ainsi dire, jusqu'à un certain point, l'existence du kyste.

D'ailleurs, les adhérences de la production ovarienne aux tissus et aux organes environnants, en bas au cul-de-sac vaginal, latéralement au moignon cervical, aux tissus pelviens, à l'uretère, au rectum, à la vessie, en haut à l'épiploon, aux anses intestinales, sont presque constantes. Et c'est la raison pour laquelle le kyste ne possède en général qu'une *mobilité réduite*. D'autre part, les adhérences au rectum, à la vessie, peuvent expliquer dans une

certaine mesure les phénomènes de ténesme et de dysurie qui accompagnent quelquefois la symptomatologie de ces productions. Enfin, toutes ces manœuvres d'exploration déterminent de vives douleurs, car une des particularités les plus remarquables de ces kystes ovariens résiduels, c'est d'être *très sensibles*, en particulier à la pression.

Symptômes accessoires. — A côté de ces symptômes principaux on peut observer accessoirement des troubles gastro-intestinaux : inappétence, nausées, vomissements, constipation ou diarrhée, et un certain degré d'amaigrissement, comme on en voit dans la plupart des affections ovariennes.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(J.-L. FAURE)

Laparotomie itérative après hystérectomie abdominale subtotale. Ponction et marsupialisation d'un énorme kyste sanguin consécutif. Guérison.

Malade âgée de 38 ans, couturière, réglée à l'âge de 15 ans, n'ayant jamais eu d'accouchement ni de fausse-couche. Un mois après l'instauration menstruelle, les règles disparaissent pendant huit mois et la malade accuse alors du gonflement abdominal et des pertes leucorrhéïques; elle entre à l'hôpital TENON, dans le service de M. RICHELOT, où elle est mise en observation pendant quelques jours; puis elle quitte le service bien rétablie. (On n'a aucun renseignement sur le traitement suivi pendant son séjour à l'hôpital).

Les règles disparues pendant huit mois réapparaissent régulières; indolores, abondantes durant 7 à 8 jours pendant 18 ans.

Au mois d'avril 1906, la malade présente de nouveau un arrêt des règles s'accompagnant de gonflement abdominal; elle entre dans le service de M. J.-L. FAURE qui pratique une hystérectomie abdominale subtotale, pour kyste séreux-intraligamentaire, avec ablation bilatérale des annexes. A la suite de cette opération, les règles ne réapparaissent plus bien entendu; mais la malade, à l'époque correspondante de celles-ci, ressent différents malaises : étouffements, douleurs du ventre et des reins, congestion de la face, cet état durait 3 à 4 jours, puis tout rentrait dans l'ordre.

Quatre mois après l'hystérectomie abdominale, en juillet 1906, la malade voit son ventre augmenter de volume; principalement du côté droit. Elle entre à nouveau dans le service de M. J.-L. FAURE le 17 juillet 1907. Ce chirurgien pratique une laparotomie itérative et se trouve en présence d'un énorme kyste ayant le volume d'une tête d'adulte; en raison des adhérences, il fait une ponction qui donne lieu à un écoulement d'un litre de sérosité sanguinolente.

La dissection de la poche étant impossible, M. FAURE en fait la marsupialisation et draine la cavité avec un Mickulicz et un drain de caoutchouc. A l'exploration du ventre, il voit un morceau d'ovaire greffé sur un pédicule utéro-ovarien.

OBSERVATION II

(L. DARTIGUES)

Laparotomie itérative pour trois kystes sanguins volumineux consécutifs à une hystérectomie abdominale antérieure : extirpation des poches kystiques. Guérison.

Une malade âgée de 31 ans, atteinte de lésions annexielles aiguës d'origine gonococcique probable, il y a cinq ans, est opérée d'urgence (la malade avait 40° de fièvre) d'une colpotomie postérieure, qui reste blanche et n'évacue pas de pus.

Le professeur JEANNEL, de Toulouse, est appelé immédiatement après cette première intervention, il soumet la malade au repos et au traitement antiphlogistique pendant une quinzaine de jours, et pratique alors quand la température est à peu près revenue à la normale, l'hystérectomie abdominale totale. Cette laparotomie, fort laborieuse, fut surtout évacuatrice des abcès pelviens. Le chirurgien se contenta d'enlever l'utérus et de drainer largement, en laissant une partie des annexes adhérentes dont l'extirpation totale eût pu être périlleuse. La malade guérit fort bien.

Depuis cette époque, c'est-à-dire il y a cinq ans, la malade n'a eu aucune espèce de pertes, ni blanches, ni hémorragiques, mais, chose intéressante, à l'époque correspondante aux anciennes règles, elle éprouvait des coliques assez violentes dans tout le bas-ventre et des douleurs marquées, bien localisées du côté gauche de l'hypogastre, et sans irradiations. Ce syndrome douloureux périodique durait environ 6 à 8 jours après quoi tout rentrait dans l'ordre. Il y a un an la malade a eu, sous l'influence d'une fatigue, une véritable crise, marquée par des douleurs très vives, toujours dans le côté gauche, si vives que la malade ne pouvait marcher et a dû s'aliter pendant un mois. Durant ce temps, ni fièvre, ni vomissements. Au mois de février 1907 la malade sent son côté gauche un peu plus douloureux que d'habitude, il lui semble que son abdomen augmente légèrement de volume; elle ne maigrit pas cependant notablement, il n'y a pas de perte d'appétit.

C'est alors que M. DARTIGUES voit la malade. L'examen physique fait nettement sentir par la simple palpation une tumeur kystique du volume de deux poings environ, faisant saillie au niveau de l'ombilic. Le toucher vaginal fait également percevoir un empâtement demi-rénitent dans le cul-de-sac de Douglas et au niveau de la base du ligament large droit.

Le 10 mars 1907, la malade est opérée dans une maison de santé par M. DARTIGUES. A l'ouverture de l'abdomen, on tombe sur une nappe épiploïque très dense, adhérente de partout, doublant et se collant à lui, tout le péritoine pariétal. Ce n'est qu'au prix de difficultés extrêmes, qu'on arrive à se frayer un chemin au milieu d'adhérences épiploïques et intestinales inouïes, et ce n'est qu'après avoir disséqué l'intestin qu'on parvient à dégager un kyste gros comme les deux poings, rempli de sérosité sanguine, et dont la paroi faisait intimement corps avec toutes les parties avoisinantes; mais au moment où l'on pense l'avoir tout entier, il crève et laisse échapper un liquide brunâtre presque sanglant; on enlève en entier la poche qui, en un point, était épaissie au niveau de ce qui avait pu être un débris de l'ovaire gauche.

On trouve ensuite un deuxième kyste du volume d'une mandarine, dont les parois sont d'une minceur extrême, pelliculaire.

Ce kyste, malgré la ténuité de sa paroi n'a pas crevé; il ne présente aucune espèce de pédicule, on l'a eu pour ainsi dire par énucléation du ligament large gauche dans lequel il se trouvait inclus.

Plus loin et à droite, toujours en dégageant l'intestin intimement adhérent, on trouve un hydrosalpinx, gros comme l'intestin grêle un peu dilaté; on l'enlève.

Enfin, tout au fond du Douglas et développé aussi en partie dans le ligament large droit, on tombe sur un kyste gros comme une orange, à contenu également séro-sanguinolent qu'on crève et dont on extirpe toute la poche par dissection.

On fortifie par de petits surjets au catgut l'intestin fortement dénudé en plusieurs endroits, et on draine au moyen d'un tube en caoutchouc et de quatre mèches qui ressortent par l'abdomen.

Fermeture de la paroi en trois plans au catgut. Guérison sans incidents dans les délais normaux.

Les kystes renfermaient tous trois de la sérosité sanguinolente et même des petits caillots noirâtres semblables à du raisiné.

OBSERVATION III

(M. HALLER)

Laparotomie pour un kyste pelvien après hystérectomie abdominale subtotale. Extirpation. Fibromyome de l'ovaire. Guérison.

Mme L..., âgée de 23 ans, a été opérée à l'âge de vingt ans, en Hollande, d'une appendicite et d'une annexite droite.

Je l'ai vue pour la première fois en juillet 1922 pour une

métrite et très légère annexite gauche (cul-de-sac sensible, pas de tumeur perceptible). J'ai conseillé un traitement médical, que la malade a suivi pendant deux mois et une amélioration sensible s'en est suivie : disparition des pertes et des douleurs abdominales, disparition de la sensibilité du cul-de-sac gauche au toucher... Mais, en janvier 1923, elle fit une rechute, cette fois avec fièvre, la température oscillant entre 37°,5 et 38°,5 et présence dans le cul-de-sac latéral gauche d'une masse kystique ayant le volume d'une orange. Le repos au lit, la glace sur le ventre ont fait tomber la fièvre, mais les douleurs spontanées dans le bas-ventre persistaient toujours. De plus, au toucher, on sentait toujours la masse kystique ayant le même volume que lors du premier examen et très douloureuse. Après quatre semaines, aucune amélioration ne s'étant produite, une intervention fut décidée.

Opération le 2 février 1923 (maison de santé à Neuilly-Saint-Pierre). Anesthésie à l'éther. Appareil d'Ombredanne. Laparotomie médiane ombilico-pubienne. (Lors de la première intervention, elle avait eu un Pfannenstiel). Je note la présence d'un hydrosalpinx, du volume d'une grosse orange adhérent au péritoine pariétal gauche, à l'S iliaque, et auquel vient adhérer l'épiploon. De plus, la corne vésicale droite adhère à l'utérus au niveau du ligament rond droit.

Libération de la corne vésicale droite. Libération de l'épiploon. Libération de l'S iliaque. Hystérectomie subtotale, à l'américaine, de droite à gauche, libération de l'hydrosalpinx d'avec la paroi du bassin, de bas en haut et de dedans en dehors. Hémostase. Bonne péritonisation. Fermeture de la paroi abdominale sans drainage.

L'examen des pièces a montré une poche kystique, formée par les annexes gauches (trompe et ovaire) à contenu liquide jaune citron. Rien de spécial à noter du côté de l'utérus. Il n'a pas été fait d'examen histologique.

Les suites opératoires ont été parfaites, apyrétiques. La malade a quitté la maison de santé le 15 février.

J'ai revu la malade en parfait état local et général en juin

1923. Elle venait me consulter le 2 juin 1923 au sujet d'un kyste synovial, de la grosseur d'une petite noisette, qui s'était développé dans la gaine des fléchisseurs du médius droit, au-devant de la tête du 3^e métacarpien. Ce kyste s'était développé depuis une quinzaine de jours environ, grossissant et devenant douloureux lors des mouvements de flexion du médius.

Il était douloureux à la pression directe.

L'examen abdominal fait à cette occasion m'a montré le parfait état du côté bassin. Au toucher, un moignon de col souple mobile, non douloureux, avec des culs-de-sac souples non douloureux, aucune perte.

Je fis à l'anesthésie locale, l'ablation du kyste synovial de la gaine du fléchisseur, le 6 juin 1923.

Au mois d'octobre 1923, la malade revient me consulter et se plaint de souffrir dans le bas-ventre, et principalement à gauche, depuis un mois environ; elle fait tous les soirs une légère ascension thermique, 37°,8, et même à deux ou trois reprises 38°. De plus, elle est constipée, et a peut-être fait un abus de lavements.

Au toucher, je note l'existence d'une petite masse ayant le volume d'une noix environ, dans le cul-de-sac latéral gauche, mais coiffant également la moitié gauche du col, masse très douloureuse au toucher, donnant la sensation d'un hématome. Aucune perte vaginale.

Un repos au lit de quinze jours, avec des injections chaudes et des lavements chauds, a fait diminuer de 3/4 environ cette masse, comme j'ai pu m'en rendre compte lors de l'examen que j'ai pratiqué le 22 octobre. Il persiste une petite noisette, à peine sensible, et à gauche du moignon.

La malade se porte très bien, ne se plaint plus de rien, même une vie normale très active, voyageant beaucoup (auto), jusqu'en juin 1924. Elle commence de nouveau à souffrir du bas-ventre à ce moment, avec des poussées subfébriles le soir, et revient me voir le 20 juin 1924.

Lors de l'examen pratiqué ce jour, je note au toucher l'existence d'une masse tendue, douloureuse, de consistance kysti-

que, ayant le volume d'un citron environ, occupant le cul-de-sac latéral gauche contre le moignon et remontant au-dessus de l'arcade de Fallope. Une nouvelle intervention est alors décidée.

Deuxième opération le 22 juin 1924.

Anesthésie générale au Schleich. Laparotomie médiane ombilico-pelviennne. Il existe dans le ligament large gauche reconstitué par suture des péritoines antérieur et postérieur de ce ligament lors de l'opération de l'année dernière, un kyste ayant les dimensions d'un citron environ, poche tendue à laquelle vient adhérer d'une part l'épiploon, d'autre part l'S iliaque.

Libération de l'épiploon d'abord : 2 ligatures. Libération ensuite de l'S iliaque, en trouvant le plan de clivage entre l'S iliaque et la face postérieure de la poche kystique recouverte du péritoine postérieur du ligament large. Une des franges épiploïque de l'S iliaque adhère au moignon du col. Section et ligature.

Ces adhérences une fois libérées, on se rend mieux compte de la situation intra-ligamentaire du kyste.

Incision du péritoine antérieur du ligament large, qu'on décolle loin en isolant ainsi la paroi antérieure du kyste. Incision du péritoine postérieur du ligament large, qu'on attire en-dedans. Recherche de l'uretère gauche; celui-ci découvert, on le suit du haut en bas, en séparant sous le contrôle de la vue, le kyste qui lui adhérerait assez intimement. La séparation est en principe complète, le kyste est extirpé. Une seule ligature a été nécessitée par une hémorragie légère au niveau des adhérences postéro-internes para-urétérales. Reconstitution du ligament large par suture des péritoines antérieur et postérieur. Fermeture de la paroi sans drainage. L'examen histologique fait par mon ami ROUFFIAC a répondu : *ovaire, fibromyome de l'ovaire.*

« A côté des follicules ovariens à différents degrés de développement, et de corps jaunes plus ou moins âgés, il existe une masse formée de faisceaux musculaires lisses orientés en

tous sens, séparés par du tissu conjonctif mais avec une très grosse prédominance du tissu musculaire. Infiltration inflammatoire provenant des travées entre les faisceaux. En aucun point, il n'existe de mitose, ni de noyaux irréguliers pouvant faire penser à un myosarcome. »

OBSERVATION IV

(M. J. LANOS)

Laparotomie itérative pour un kyste pelvien d'origine ovarienne, développé après une hystérectomie pour péritonite aiguë. Extirpation. Guérison.

Mme V..., 36 ans, 3 enfants.

Le dernier accouchement qui remonte à trois ans et demi a été suivi d'une hémorragie de la délivrance et d'une infection (à 39°) qui nécessita l'incision, au-dessus de l'arcade crurale droite, d'un gros abcès.

Au bout de trois mois tout était rentré dans l'ordre et, pendant deux années environ, la malade n'éprouva aucun trouble.

Brusquement, en février 1924, surviennent des phénomènes alarmants pour lesquels la malade entre d'urgence à l'hôpital St-Joseph. Le tableau clinique est celui d'une péritonite aiguë. L'opération est aussitôt décidée et pratiquée par M. HUGIER.

Première opération : Laparotomie médiane.

Il s'agit bien d'une péritonite généralisée d'origine annexielle (double pyosalpinx).

Hystérectomie totale, difficile : Drainage vaginal. Drainage abdominal avec un sac à la Mickulicz.

L'état général qui était très inquiétant, s'améliore rapidement, mais une fistule recto-vaginale s'établit, et, le 12^e jour, à l'extraction du sac, une autre fistule intestinale au niveau de la cicatrice.

L'état du péritoine et de l'intestin au moment de l'opération

explique la formation de ces fistules dont on espère qu'elles se fermeront spontanément, comme cela arrive très souvent. La malade sort de l'hôpital deux mois après l'opération.

En juillet 1924, la malade revient dans le service parce que depuis un mois, elle ressent des douleurs dans la fosse iliaque droite et qu'elle a de la fièvre. Elle est vue alors par notre collègue LAURENCE. L'examen montre dans la fosse iliaque droite une tumeur douloureuse qu'on sent aussi par le toucher vaginal. La fistule recto-vaginale continue à donner. Dans ces conditions, M. RIGERT, interne du service, ouvre par une incision au bord externe du grand droit un assez gros abcès abdominal pelvien dont le pus n'a pas été examiné.

Un mois après, tout est rentré dans l'ordre. En février 1925, je revois la malade. Les deux fistules (vaginale et pariétale) laissent toujours passer des gaz et un peu de matières. De plus, on sent dans la fosse iliaque droite, une tumeur arrondie, rénitente, non douloureuse, du volume d'une grosse orange, tumeur dont le pôle inférieur est facilement senti par le toucher vaginal.

26 février 1925. — 2^e opération. Rachi-anesthésie (0,10 de néocaïne Corbière.

Je me propose :

1^o D'enlever le kyste.

2^o De fermer les fistules.

Laparotomie médiane avec incision de la cicatrice et de la fistule. L'anse grêle fistulisée à la paroi abdominale antérieure adhère fortement. Je la libère et je l'enveloppe dans une compresse mouillée de sérum, pour la revoir à la fin.

J'essaie alors d'isoler le kyste, sur lequel une autre anse grêle est fixée : il faut se servir du bistouri pour les séparer.

J'arrive à cliver et à enlever le kyste dont la paroi mince dans son ensemble, avec quelques épaississements, laisse voir un liquide clair.

Ensuite, lorsque je veux séparer le rectum du vagin, je fais une déchirure du rectum autour de la fistule : cette déchirure est enfouie sous un triple surget au catgut.

Enfin, je reviens à l'anse grêle qui adhérait à la paroi antérieure : cette anse est éraillée et contournée sur elle-même de telle façon que je me décide à la réséquer. La résection porte sur 20 centimètres environ. Suture terminale au catgut.

L'opération terminée, comme la loge du kyste suinte en nappe, je me décide, malgré le voisinage des sutures à placer un tamponnement à l'aide d'un sac à la Mickulicz. Durée de l'opération : trois quart d'heure. Suites opératoires normales.

L'examen histologique a été pratiqué par le D^r LORRAIN. Je transcris sa réponse : « Kyste de l'ovaire. Ovaire reconnaissable, sclérokystique ».

OBSERVATION V

(PAUL GILLET)

Dégénérescence kystique itérative de débris d'ovaires après castration totale.

Mme T..., est opérée en 1915, à l'âge de 34 ans, par le Professeur agrégé PATEL, pour des accidents annexiels d'une dizaine d'années. On pratique une hystérectomie totale (l'utérus était fibromateux), et les deux annexes kystiques sont enlevées. Pendant trois ans, l'opérée va bien : elle ne souffre pas; elle n'a ni les bouffées de chaleur ni les troubles subjectifs de la castration.

En 1918, des douleurs réapparaissent dans le petit bassin, avec irradiation aux lombes, aux membres inférieurs et à la vessie. Le toucher montre une masse kystique dans le Douglas, déjetée à gauche, fixée au vagin, adhérente à la cicatrice, un peu allongée transversalement et aplatie, tendue et du volume d'une orange. Laparotomie le 24 juin 1919 (D^r PELLANDA). Le bassin est occupé par l'épiploon fortement adhérent et l'S iliaque soudé au pelvis d'une façon inextricable. Par l'abdomen, on sent très mal la collection.

Des tentatives de décollement paraissent dangereuses. On referme et, par le vagin, on ouvre prudemment aux ciseaux la masse kystique. Il s'écoule environ un tiers de litre de sérosité foncée, mêlée de quelques caillots fibrineux. On bourre à la gaze iodoformée; la dernière mèche n'est retirée qu'au bout de quinze jours. Les douleurs disparaissent.

En 1920, réapparition d'une nouvelle masse kystique plus petite (mandarine), avec renouveau de douleurs. Nouvelle ponction vaginale et nouveau drainage prolongé. Tout est rentré dans l'ordre depuis. La malade, revue en avril, n'a plus souffert. Le toucher révèle une souplesse un peu moins grande du côté ponctionné, mais, fait caractéristique, des bouffées de chaleur sont apparues peu après la seconde ponction comme si les débris ovariens demeurés vivaces jusque là s'étaient enfin et définitivement atrophiés.

OBSERVATION VI

(PAUL GILLET)

Mme G..., est opérée en décembre 1919 (D^r PELLANDA). à l'âge de 30 ans, pour un kyste de l'ovaire gauche, intra-ligamentaire, du volume d'une tête fœtale, très adhérent à l'S iliaque.

L'annexe droite est le siège de lésions inflammatoires anciennes, la trompe est fermée, l'ovaire très adhérent, et déformé par de multiples kystes. On pratique l'ablation des deux annexes. La malade est revue en janvier 1923. Elle a continué à être réglée irrégulièrement et douloureusement. Elle souffre du côté gauche et l'on perçoit une masse kystique du volume d'une noix accolée au flanc du col utérin, fixée dans le pelvis. La laparotomie montre un kyste ovarien de la taille d'une noix, à contenu clair, à paroi épaisse, résistante, qui fait saillie sous le péritoine pelvien, au ras du col. On le dis-

sèque avec difficulté sans le rompre et l'on termine par une subtotale. En juin 1923, la malade revient avec des douleurs sourdes, et l'on constate par le toucher vaginal l'existence d'une nouvelle collection enkystée plaquée contre le col et faisant dans le cul-de-sac latéral une saillie très nette. Ponction prudente aux ciseaux. Issue d'environ deux cuillerées à soupe de liquide rosé. Drainage à la gaze prolongé. Actuellement, la malade va bien. Elle ne souffre plus, mais elle a beaucoup grossi, des bouffées de chaleur se montrent intenses, l'appétit sexuel a disparu, tous phénomènes qui ont succédé de très près à la ponction vaginale.

OBSERVATION VII

(M. CHALIER)

Laparotomie itérative (après castration totale pour annexite), pour une tuméfaction kystique.

Mme Rés..., 38 ans, mariée depuis 14 ans, sans enfant ni fausse couche.

Grosse annexite bilatérale.

9 avril 1923. — *Opération sous rachianesthésie.*

Laparotomie médiane. Adhérences du grand épiploon au pelvis; libération. Grosse annexite double avec utérus un peu gros. Hystérectomie subtotale et castration double. Péritonisation basse. Fermeture complète.

Suite des plus simples au point de vue abdominal. Part le 25 avril 1923.

Revue le 18 juillet 1923 : n'a pas de bouffées de chaleur tant qu'elle prend de l'ovarine, mais se plaint de céphalées et d'un peu d'œdème des pieds. Pas d'albuminurie. Quelques pertes blanches. Un peu d'induration du ligament large gauche.

18 juillet 1924. Excellent état général, mais souffre dans le

rein gauche et dans le côté gauche du bas-ventre. A présenté pendant huit à dix jours consécutifs quelques élancements vers l'anus. A l'examen, on perçoit une tuméfaction kystique contre le cul-de-sac latéral gauche, tuméfaction fluctuante, du volume d'une orange.

21 octobre 1924. — Depuis la dernière fois, la malade a toujours ressenti quelques lancées. Depuis huit jours, elle souffre davantage. Elle préfère être debout que couchée. Elle peut se coucher sur le côté gauche, mais pas sur le côté droit, ce qui occasionnerait des douleurs. Elle a eu quelques bouffées de chaleur vite dissipées par l'ovarine. On sent toujours la tuméfaction kystique pelvienne, située à gauche du col et plaquée contre la paroi latérale du bassin. Cette masse, grosse comme le poing, est très sensible à la pression.

23 octobre 1924. — *Opération sous rachianesthésie. Laparotomie médiane.* Quelques adhérences à l'épiploon, à la paroi antérieure de l'abdomen et au pelvis. En réclinant fortement l'S iliaque à droite, on aperçoit très nettement, à gauche, sous le péritoine, une tuméfaction kystique du volume d'une petite orange, occupant l'angle postéro-latéral gauche du col utérin et plaqué contre la paroi pelvienne latérale. Il faut inciser le péritoine pelvien au-devant du méso-sigmoïde pour arriver sur la paroi de la poche, qui est très adhérente, non seulement au péritoine qui la recouvre, mais à l'S iliaque et à la vessie. Aussi, dans les manœuvres de libération, la poche se rompt, ce qui rend difficile et peut-être incomplète l'ablation du fond de la poche. Elle renfermait un liquide citrin avec, à la partie profonde, un petit caillot sanguin d'apparence assez récente. La poche est assez épaisse, surtout à sa partie externe, où j'ai sectionné et lié quelque chose de très semblable à un pédicule vasculaire : à ce niveau, d'ailleurs, la coupe macroscopique ressemble à du tissu ovarien. Fermeture complète du ventre en quatre plans. Guérison en douze jours.

15 janvier 1925. — On sent à nouveau une petite induration dans la base du ligament large gauche, vers la corne du moignon cervical. La malade est confiée au D^r MALOT pour des séances de radiothérapie.

OBSERVATION VIII

A. COSASESCO

(Chirurgien des hôpitaux de Bucarest)

Mme A. B..., 43 ans, a été opérée le 22 février 1925 pour un gros fibrome de l'utérus. Hystérectomie totale avec conservation de l'ovaire droit qui paraît normal. Après l'opération la malade accuse des troubles d'insuffisance ovarienne malgré la conservation de l'ovaire. Plus tard, elle accuse des douleurs dans la fosse iliaque droite, dans la région sacro-coccygienne, douleurs irradiées dans les membres inférieurs. Nous voyons pour la première fois la malade 9 mois après la première intervention, et constatons à cette occasion un kyste de l'ovaire conservé. Deuxième opération le 16 novembre; laparotomie itérative : gros kyste multiloculaire de l'ovaire droit à développement intra-pelvien, avec prolongements sur les côtés du vagin et vers le rectum; le kyste est englobé dans des adhérences lâches péritonéales.

Contenu du kyste : liquide séro-citrin peu épais. Extirpation un peu difficile à cause des prolongements qui sont englobés par les adhérences. Guérison.

OBSERVATION IX

A. COSASESCO

(Chirurgien des hôpitaux de Bucarest)

Mme S. V..., 31 ans. Nous l'opérons le 30 août 1923 pour un gros fibrome enclavé dans le pelvis, accompagné de troubles urinaires et rectaux. Hystérectomie abdominale totale avec conservation de l'ovaire gauche, qui paraissait macroscopiquement sans lésion patente.

Nous revoyons la malade en avril 1926 — trois ans après

l'opération — elle vient nous consulter pour de nouveaux troubles de compression rectale et douleur abdominale.

Diagnostic : Kyste de l'ovaire gauche.

Laparotomie itérative le 5 juin 1926 : nous enlevons facilement un gros kyste développé sur l'ovaire conservé, des dimensions de deux poings et qui occupe tout le bassin. Kyste multiloculaire. Guérison.

OBSERVATION X

(Professeur MARINESCO, Bucarest)

Mme M. S..., 36 ans, a été opérée en 1915 pour fibrome accompagné de grosses pertes sanguines. Hystérectomie subtotale avec conservation des deux ovaires, qui paraissent normaux.

La malade a été revue au mois de mars pour des douleurs irradiées dans l'aîne droite et des troubles d'insuffisance ovarienne. Diagnostic : Kyste de l'ovaire droit des dimensions d'une orange. Le diagnostic clinique n'a pas pu être confirmé par l'opération, la malade refusant une nouvelle laparotomie.

OBSERVATION XI

(Professeur MARINESCO, Bucarest)

La malade E. D..., 35 ans. Hystérectomie abdominale subtotale pour fibrome, avec conservation de l'ovaire gauche qui est macroscopiquement normal. La malade revient en novembre 1923 — trois ans après la première opération — se faire opérer de nouveau pour un kyste de l'ovaire gauche conservé lors de la première opération. Le kyste a les dimensions d'une

tête d'enfant. Entre les deux opérations, malgré la conservation des ovaires, la malade accusait des troubles d'insuffisance ovarienne.

OBSERVATION XII

D^r HAYEM

(Chirurgien des hôpitaux de Marseille)

Mme H..., 41 ans, en bonne santé jusqu'en 1921, est à cette époque traitée à Charleroi, où elle habite pour une affection annexielle gauche qui nécessite une intervention chirurgicale pratiquée le 3 décembre 1921. Nous ne savons rien de cette intervention, si ce n'est qu'elle consista en une laparotomie médiane, qu'un drain abdominal fut laissé pendant 21 jours, et que des lavages vésicaux bi-quotidiens furent institués par une sonde à demeure pendant un mois environ. Après quoi la malade cicatrisa, fut en bonne santé, et eu des règles normales. Elle constata cependant l'émission de gaz bruyants par l'urètre au moment des mictions.

En octobre 1928, habitant Marseille depuis peu, elle eut une crise de douleurs abdominales avec fièvre, pour laquelle elle consulta le D^r SIMÉON qui nous confia la malade. A l'examen, difficile en raison d'une contracture violente de la paroi, nous percevons cependant que les deux culs-de-sac latéraux du vagin sont empâtés, le gauche dur et absolument indolore, le droit rénitent et atrocement douloureux à la pression. Température oscillant de 37°,8 le matin à 39°,5 le soir. Après échec d'un traitement conservateur, la malade subit une deuxième intervention, le 13 novembre 1928.

Après laparotomie médiane, je trouve : à gauche un bloc fibreux réunissant par des adhérences solides l'S iliaque et la vessie au niveau du bord gauche de l'utérus privé de ses annexes gauches. A droite, trompe distendue par du pus, et

ovaire volumineux et kystique. Je pratique une ablation assez laborieuse des annexes droites et de l'utérus que je suis obligé de sectionner assez haut en raison des séquelles de la première intervention. Fermeture sans drainage. Suites sans incident.

Après 6 mois de parfaite santé, cette malade recommence à souffrir et présente quelques petites pertes rouges. Elle est examinée par le D^r SIMÉON qui me la renvoie, m'annonçant qu'il existe à nouveau une tumeur dans le cul-de-sac latéral droit. Je constate effectivement et avec stupéfaction l'existence, à droite, d'une tumeur rénitente, parfaitement ovoïde, du volume d'un œuf, et qui est douloureuse spontanément et à la pression. Pas de contracture de la paroi, température normale, léger écoulement de sang par le col. Très intrigué, je fais entrer la malade dans le service du P^r FIOLE, qui l'examine, et me conseille de réintervenir à nouveau. D'ailleurs, la malade souffre beaucoup, et nous pousse à intervenir rapidement, ce que je fais d'autant plus volontiers que j'étais vraiment intrigué par l'existence de cette tumeur.

Le 7 juin 1929, laparotomie médiane. Je trouve entre le moignon utérin et le pédicule utéro-ovarien droit, sectionné il y a six mois, un kyste profondément situé, et dont la paroi, bleuâtre, apparaît comme très mince. J'essaie cependant de l'extirper d'une pièce, mais son adhérence aux plans profonds provoque sa rupture, donnant issue à un liquide séro-hématique. Je fais une résection soigneuse de la poche, ébarbant les parties qui restent adhérentes; capitonnage et fermeture sans drainage après résection de l'appendice sain. Suites sans incidents. La malade ne souffre plus et les pertes rouges cessent le troisième jour après l'intervention.

La paroi du kyste apparaît comme parfaitement lisse; le côté interne, brillant, ne présente aucune végétation. Un examen histologique, pratiqué par le D^r LAGARDE, permet les constatations suivantes :

« Fixation au liquide de Bonin; inclusion toluène-paraffine. Coloration hémateïne-éosine. Coupes orientées normalement à la surface de la paroi; les différents fragments remis ont été inclus et coupés ensemble.

« Examen : la majeure partie des fragments est une mince membrane formée de fibres conjonctives, de faisceaux, de fibroplastes, et de capillaires fréquents. Pas d'inflammation. On note cependant en quelques points des éléments plus caractéristiques disposés en revêtement sur une des faces de cette paroi.

« Éléments cellulaires volumineux, assez variables comme taille, polygonaux par pression réciproque, à protoplasma clair très abondant, aspect poreux dû à la lyse probable par les réactifs de grains lipoïdiques, noyau globuleux à fine trame chromatique avec un nucléole volumineux net.

« Entre ces éléments de grande taille, on note de moins nombreuses cellules, beaucoup plus petites à protoplasma très acidophile et noyau comparable à celui des éléments décrits ci-dessus.

« Ces éléments sont disposés sur plusieurs couches sans interposition de basale entre eux et le tissu conjonctif. On note en outre de nombreux capillaires occupant la zone de contact de la paroi et de son revêtement, et disposés de telle façon que la moitié de leur section est dans le tissu conjonctif, et l'autre dans le tissu de revêtement. Les cellules à lipoides sont d'ailleurs directement insérées sur la paroi du capillaire.

« Quoiqu'il ne soit pas possible de retrouver des cellules folliculaires, l'aspect du revêtement décrit ci-dessus rappelle à s'y méprendre celui d'un corps jaune en évolution. »

OBSERVATION XIII

D^r BOURDE

(Chirurgien des hôpitaux de Marseille)

Le 15 octobre 1926, j'ai opéré à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur SILHOL, la nommée Gui... (Marthe), âgée de 29 ans, entrée 4 jours avant avec l'histoire clinique suivante :

Depuis 6 mois, elle se plaint de douleurs violentes, ne l'obligeant pas à garder le lit, siégeant dans la région de la fosse iliaque gauche avec irradiations lombaires du même côté. Il y a 15 jours est survenue une crise très intense, à début brusque, localisée au même siège, que l'application de glace a calmée. En même temps, il y a de la pollakiurie, des mictions douloureuses, et les urines sont troubles.

Depuis 2 mois, ses pertes blanches sont devenues plus abondantes. Les dernières règles remontent à 8 jours à la date prévue, mais elles ont été très abondantes avec de gros caillots.

Ses antécédents sont simples : premières règles à 13 ans; un enfant il y a 9 ans. Pas d'avortement.

Au toucher-palper, on perçoit dans le cul-de-sac antérieur une masse du volume d'une orange, de consistance rénitente, indolore, paraissant indépendante de l'utérus dont on perçoit le fond séparé par un sillon très net de la masse en question. Je pense à une grossesse tubulaire en voie de rupture et j'opère cette femme le 15 octobre sous rachi-anesthésie.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Les lésions constatées sont les suivantes :

A gauche de l'utérus est une masse du volume du poing, violacée, immobile, plaquée contre la paroi latérale de l'excavation, croisée obliquement sur sa face antéro-supérieure par le ligament rond. Après incision du péritoine du ligament large au-dessus de la tumeur, je commence l'énucléation de kyste intra-ligamentaire. Mais pour faciliter celle-ci, j'enlève de droite à gauche les annexes opposées qui sont kystiques et entourées d'un varicocèle pelvien très volumineux, et l'utérus par une hystérectomie supra-isthmique qui a été involontairement un peu haute. L'énucléation du kyste est alors faite plus facilement, en bloc. La péritonisation me paraissant devoir être laborieuse, je termine par un Mikulicz typique.

L'examen des pièces montre un kyste à paroi peu épaisse, ne contenant pas de formation à allure placentaire, plein d'un liquide de couleur café, sans caillots. L'ovaire est collé à la

face postérieure de cette masse. Les annexes droites sont volumineuses, et l'ovaire porte deux petits kystes à contenu citrin. L'utérus est normal.

L'ablation du Mikulicz et la cicatrisation se firent normalement, et la malade sortit guérie le 23 novembre. Il faut cependant signaler qu'avant de sortir, elle s'était plainte à plusieurs reprises du côté gauche, mais mon examen resta négatif.

Je revois cette femme le 8 mars 1927. Elle souffre de son côté gauche depuis l'opération, et elle a eu à différentes reprises quelques pertes rouges durant chaque fois un ou deux jours, elle a des épreintes rectales et de la difficulté à évacuer les gaz.

L'examen me montre :

Une paroi relâchée à la partie inférieure de la cicatrice;

Un col gras;

Et surtout, à ma grande surprise, une masse remplissant la région iléo-pelvienne gauche.

Au toucher rectal, gros amas de matières. Je pense qu'il s'agit simplement d'un fécalome; je prescris Parlax et lavements huileux.

Je la revois à nouveau le 7 juin 1927. Elle a encore des pertes rouges et souffre encore un peu à gauche. La grosse masse a disparu, mais le cul-de-sac n'est pas franchement libre. Le col est rouge. Je fais une cautérisation au Filhos et je prescris des injections.

Mais, en août 1927, sont apparues de nouvelles pertes rouges, et le cul-de-sac gauche est occupé par une boule sensible. Je décide de réintervenir.

Deuxième opération. — Sous anesthésie générale, je passe par la même voie, et voici ce que je constate :

Il y a une éventration de la paroi, mais ceci importe peu. Ce qui est plus intéressant, c'est l'aspect du petit bassin. Après libération d'adhérences épiploïques, on voit le fond du pelvis soulevé par deux choses : l'une médiane, c'est l'isthme qui a la dimension d'un œuf; l'autre gauche, en pleine base de l'ancien ligament large, de la taille d'une grosse noix, de

consistance fluctuante. Incision du péritoine au-dessus d'elle. J'énuclée au doigt, très facilement, un kyste à parois minces, mais résistantes, à contenu jaune citron.

Ensuite, je ferme le péritoine par trois points au catgut. Reconstitution solide de la paroi. Guérison sans incident.

Je n'ai malheureusement pas pu retrouver l'examen histologique de cette pièce, et c'est cette lacune qui m'avait empêché de tirer parti de cette observation.

J'ai à nouveau revu cette femme le 12 avril 1928, soit huit mois après. Elle souffre encore un peu à gauche. Mais ce qui me cause une profonde surprise, c'est qu'à l'examen, je retrouve encore une boule dans le cul-de-sac gauche, et que la malade me dit d'un air ironique : « Vous savez, je suis réglée comme autrefois. Je vois tous les mois deux jours, et je souffre encore à ce moment-là ».

J'avoue ne plus savoir qu'expliquer à elle et à moi-même.

OBSERVATION XIV (résumée)

MM. CORNIL et FIOLE

Due à l'obligeance de M. F. PIÉRI, Chirurgien des hôpitaux

Femme de 30 ans; castration totale il y a 3 ans, sans difficultés opératoires notables. Depuis deux mois, douleurs abdominales vives; dans le cul-de-sac gauche, tumeur du volume d'une mandarine, arrondie, peu mobile. Opération le 21 mai 1930 (D^r PIÉRI). On trouve à gauche du col une tumeur d'aspect kystique qu'on libère aisément en haut et sur les côtés, par son pôle inférieur, elle adhère au plancher pelvien auquel la relie un petit vaisseau qu'on lie. On enlève la poche sans la rompre. Guérison.

Examen anatomo-pathologique : première préparation. a) Le centre de la préparation est occupé par un kyste théco-lutéinique rempli de sang assez récent ni goudronné ni organisé.

La limitante interne, très épaissie, est constituée par de la fibrine organisée dans laquelle on distingue des cellules fusiformes et d'autres éléments ressemblant à ceux de la thèque interne. La couche théco-lutéinique est formée par des cellules à limites imprécises à noyau volumineux, fortement coloré et un tissu conjonctif à fibres épaisses. Dans la thèque, on distingue deux couches : une couche interne, peu riche en cellules, dont un certain nombre sont périvasculaires (cellules paralutéiniques) ; des fibres conjonctives épaisses formant la thèque externe. b) Le stroma-ovarien légèrement infiltré de façon diffuse de cellules rondes, sauf en un point, groupés en amas lymphoïde, et distendu par un œdème abondant. Au niveau d'un des pôles de l'ovaire, il existe un amas ovale de fibres musculaires. Sur la périphérie on constate d'autre part des caillots en voie d'organisation.

Deuxième préparation. — a) et b). La préparation est occupée par des masses solides ou kystiques de tissu lutéinique hypertrophique nettement fonctionnel. Autour de ces formations, se manifeste une réaction thécale extrêmement intense. Le stroma ovarien œdémateux contient de nombreuses plages de cellules conjonctives volumineuses. Il s'agit là d'une véritable réaction déciduale ectopique fréquente au niveau des ovaires infectés. Cette préparation montre le hile de l'ovaire et l'on note comme sur la coupe précédente l'existence de masses fibrineuses périphériques.

Troisième préparation. — c) et d). On rencontre de haut en bas sur la préparation les formations suivantes : 1°) Un corps jaune rectiforme hyalinisé entouré et traversé par des travées de tissu thécal hypertrophique, contenant du pigment sanguin. 2°) Un volumineux follicule de de Graaf. La granulosa est bien conservée ainsi que ses cellules non lutéinisées. Deux couches thécales bien individualisées l'entourent concentriquement. Etant donnée la situation centrale de ce follicule, il est évident que la rupture en est impossible. 3°) Dans le plan sous-jacent, on trouve : a) Un corps jaune regressif dépourvu de réaction thécale ; b) Un corps jaune rectiforme à réaction

thécale; c) Un kyste lutéinique contenant du liquide de de Graaf et présentant une limitante interne mince, une couche lutéinique en voie de transformation conjonctive, ainsi que deux théques. 4°) Un nouveau corps jaune hyalinisé. 5° Le stroma ovarien interposé entre ces différentes formations est parsemé d'hématomes organisés et se continue à gauche avec une masse épaisse de musculieuse.

OBSERVATION XV (résumée)

MM. CORNIL et FIOLE

Due à l'obligeance du D^r ARTAUD

Femme de 30 ans, ayant subi une castration totale. Reste 2 ans en parfait état, puis recommence à souffrir à gauche. On sent dans le cul-de-sac gauche une masse du volume d'une petite orange. Cette masse ayant tendance à grossir rapidement, le D^r ARTAUD intervient de nouveau le 14 juin 1930. Il clive facilement en haut et par côté la masse kystique, remplie d'un liquide hématique, mais éprouve quelque peine à dégager le pôle inférieur. Il y eut rupture de la poche, et il fallut enlever la partie inférieure par morcellement. Aucune ligature ne fut nécessaire. Guérison.

Examen anatomo-pathologique. La préparation intéresse un corps jaune récent constitué par une couche lutéinique à la période fonctionnelle; et une théque œdémateuse infiltrée de pigments sanguins.

OBSERVATION XVI (résumée)

MM. CORNIL et FIOLE

Due à l'obligeance du D^r HAYEM, chirurgien des Hôpitaux

Malade de 32 ans; hystérectomie (castration totale). Au 20^e jour, reprise des douleurs et apparition d'une tumeur grosse comme une noix dans le cul-de-sac droit. Pertes rosées puis rouges. Deux mois après la première opération, les douleurs plus intenses obligent à réintervenir.

On enlève une masse noirâtre, régulière, du volume d'une noix. On pense d'abord qu'il s'agit d'un simple hématome ; mais l'examen histologique démontrera que la structure reproduit les éléments ovariens. Guérison.

Examen anatomo-pathologique. — La première préparation présente du tissu ovarien à stroma-cédémateux, partiellement hyalinisé (pigments sanguins).

La 2^e préparation montre : a) Du tissu ovarien à nombreux corps jaunes imprégnés de pigments sanguins; b) Du tissu fibreux et fibrineux avec un capillaire à endothélium prolifératif; c) Une couche musculaire lisse formée par des travées d'épaisseur variable, dont certaines constituées par des fibres jeunes; d) A gauche on note la présence d'un amas épithélial formé probablement par une glande utérine.

OBSERVATION XVII

M. P. BROCC et Mlle B. DUPEUX

Mme S., 35 ans. Première opération par P. BROCC en 1920. pour hématocele enkystée droite. Deuxième opération (P. BROCC) le 28 juin 1926, pour une récurrence de grossesse tubaire (inondation péritonéale).

On trouve une grossesse tubaire gauche fissurée et un kyste

de l'ovaire gauche. On pratique une hystérectomie subtotala et la guérison se fait normalement. La malade est revue le 17 août 1926 en excellent état. Le 10 mai 1930, soit presque 4 ans après l'opération, elle revient consulter parce qu'elle présente des crises douloureuses depuis plusieurs mois. On perçoit une masse ronde, douloureuse, dans le cul-de-sac latéral gauche. Cette masse paraît être du volume d'une petite mandarine ou d'une très grosse prune : peut-être s'agit-il d'un kyste parovarien ou d'une petite tumeur parovarienne.

3^e intervention (P. Brocq). Le 22 mai 1930. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Adhérence pelviennes multiples. Masse de consistance kystique, située dans le cul-de-sac de Douglas et débordant un peu à gauche de la ligne médiane. Elle est fixée en arrière au rectum et latéralement à la paroi du bassin. On ne trouve pas de plan de clivage permettant une sorte d'énucléation. L'ablation est laborieuse et se fait en réalité par fragments.

On a l'impression qu'il s'agit soit d'un kyste de pelvi-péritonite, soit d'un vestige de la poche d'hématocèle, soit d'un fragment de trompe ou d'ovaire ayant subi la transformation kystique.

Les suites opératoires ont été assez pénibles. La malade, un peu ballonnée ne rend ses gaz qu'assez tard. Malgré tout, la guérison survient après suintement assez prolongé par l'orifice d'un drain sus-pubien, qui avait été mis à la fin de l'opération dans le Douglas.

L'examen histologique de la pièce opératoire pratiquée par le D^r FOULON, a donné la réponse suivante : les deux fragments examinés sont absolument comparables l'un à l'autre. Leurs éléments les plus caractéristiques sont constitués par des cicatrices fibreuses en dégénérescence hyaline partielle, de forme étoilée, légèrement lobulées à leur périphérie, et qui ont l'aspect typique de cicatrices fibreuses de corps jaunes. Autour d'elles le stroma ovarien est, en certains points, encore très riche en éléments cellulaires, mais en d'autres, sa substance fondamentale est épaisse et fibrosée. On n'y voit pas de folli-

cules de de Graaf, ni de formations kystiques. A la surface de l'organe, on ne retrouve pas d'épithélium de recouvrement.

CONCLUSION. — La coexistence de cicatrices fibreuses très typiques et du stroma dit « *Sarcomatoïde* » permet d'affirmer qu'il s'agit bien d'un ovaire tel qu'on peut en voir chez une femme ayant dépassé la ménopause.

La malade est revue le 15 septembre 1930. Elle recommence à souffrir et l'on perçoit au toucher une petite masse dans le cul-de-sac latéral gauche. Cette masse est plus dure et plus petite que celle qui avait nécessité la 3^e intervention. Néanmoins, comme elle présente le volume d'une noix et qu'elle est certainement l'origine des douleurs accusées par la malade, que, d'autre part, l'examen histologique des fragments prélevés a montré qu'il s'agissait d'une production ovarienne, on décide un traitement radiothérapique qui a été exécuté par M. le Dr SOLOMON, radiothérapeute de l'hôpital St-Antoine.

Ce traitement a été commencé le 1^{er} octobre 1930. Il a compris 10 séances de roentgenthérapie à raison de deux par semaine. Les 4 premières séances, on emploie deux champs de 12 cm. × 12 cm., un ventral, l'autre sacré. Étincelle équivalente : 35 cm. Filtre 1/2 mm. de cuivre. 500 R. par champ et par séance. Distance anticathode-peau : 30 cm.

La malade se plaignant de souffrir davantage, on emploie une dose de 400 R., une étincelle équivalente de 40 cm. et 2 champs de 16 × 11.

La malade est revue le 10 janvier 1931. Le traitement a donné un résultat parfait, puisque, d'une part, la masse ovarienne a régressé au point de ne plus être perceptible, et que, d'autre part, les douleurs ont complètement cessé.

Cette femme, revue plusieurs mois après les séances de radiothérapie, reste complètement guérie.

OBSERVATION XVIII

MM. V. RICHE, E. MOURGUE-MOLINES et P. LONJON

L... Marie-Louise, 27 ans, entre dans le service pour douleurs abdominales.

Cette malade avait eu, en 1929, une salpingite double probablement gonococcique, qui avait nécessité son hospitalisation à l'hôpital Lariboisière, à Paris, où après refroidissement, elle avait été opérée. Elle avait subi, disait-elle, une hystérectomie subtotale, sur laquelle nous n'avons pas d'autres renseignements que la notion d'un drainage par tube de caoutchouc et l'existence d'une suppuration pariétale durant quelques jours. Les suites avaient été très favorables jusqu'à il y a environ quatre mois, époque à laquelle ont apparu les douleurs abdominales.

A signaler toutefois, que 15 mois après l'opération, la malade avait vu reparaitre ses règles, et que, depuis un an, elle perdait en rouge durant 6 à 7 jours deux fois par mois.

A l'examen : jeune femme robuste, à bon état général. Cicatrice de laparotomie médiane sous-ombilicale. La malade accuse des douleurs dans le bas-ventre, à gauche, spontanément et à l'occasion des rapports sexuels. Par le toucher et le palper combinés, on constate en arrière et à gauche du col, dont le moignon restant paraît assez long, une masse arrondie, kystique, du volume d'une orange et très douloureuse. Le col, à l'examen direct au spéculum, est gros, enflammé et présente un écoulement métritique évident.

Intervention le 4 octobre 1932 (E. MOURGUE-MOLINES). Rachi-anesthésie à la percaïne légère à 1 p. 1.500; parfaite.

Laparotomie médiane sous ombilicale après excision de l'ancienne cicatrice. L'épiploon adhérent à la paroi est sectionné entre deux ligatures. L'exploration du pelvis montre qu'il a été fait, lors de l'intervention précédente une hystérectomie subtotale ayant laissé un moignon de col long et volumineux, correctement recouvert par le péritoine, qui est un peu adhérent à son niveau.

Sur le flanc gauche du col se trouve une masse kystique, grosse comme le poing, adhérente au rectum et bloquée contre la paroi latérale du pelvis.

Après libération des adhérences entre le rectum et la masse kystique, on clive assez facilement un espace celluleux qui la sépare du moignon cervical, on atteint son pôle inférieur au voisinage de l'uretère qui passe au-dessous et en-dedans de la tumeur. L'énucléation se poursuit de dedans en dehors et de bas en haut, jusqu'aux vaisseaux iliaques. Le kyste n'est plus alors retenu que par un pédicule externe croisant en avant les vaisseaux et se poursuivant par un cordon fibreux qui est manifestement le moignon du ligament rond et que l'on sectionne pour achever la libération.

On procède ensuite, non sans quelque peine, à la « totalisation » de l'hystérectomie par l'ablation du segment cervical restant. Le vagin est refermé autour d'un petit drain et la péritonisation est facilement assurée par-dessus. Fermeture du ventre en 3 plans.

Suites simples. La malade quitte le service le 17^e jour en excellent état.

L'examen de la pièce montre :

1° Un col utérin long de 3 cm. 1/2, l'hystérectomie subtotale ayant été pratiquée probablement par section au niveau de l'isthme ;

2° Une formation kystique arrondie, à parois minces, translucides à contenu clair et fluide. Le pédicule sectionné en dernier lieu au cours de l'extirpation présente un cordon plein : le ligament rond et un peu au-dessous de lui, noyé dans quelques adhérences, un deuxième cordon de deux centimètres environ de longueur dans lequel la coupe montre une lumière dilatée par laquelle s'écoule le liquide contenu dans le kyste. Il paraît évident qu'il s'agit d'un petit segment de la trompe gauche laissé en place avec l'ovaire ou d'un débris d'ovaire ou de parovaire plutôt. La tumeur kystique enlevée peut être considérée comme un kyste tubo-ovarien.

OBSERVATION XIX

MM. V. RICHE, E. MOURGUE-MOLINES et P. LONJON

C... Thérèse, 35 ans, se plaint de douleurs dans le bas-ventre du côté gauche, depuis environ 6 semaines.

En mai 1930, cette femme avait été opérée par l'un de nous (D^r RICHE) dans le service de gynécologie, pour kyste de l'ovaire droit inclus dans le ligament large. Il avait été pratiqué une hystérectomie subtotala à l'américaine de gauche à droite de manière à dégager le kyste inclus très adhérent de bas en haut et de dedans en dehors. La partie droite du pelvis étant, après la libération de la tumeur, le siège d'un suintement sanguin assez diffus et la péritonisation en paraissant difficile, on y avait placé un petit sac de Mikulicz avec une mèche, mais après avoir péritonisé toute la partie gauche du petit bassin.

En excellente santé durant plus de deux ans, Mme C... accuse actuellement des douleurs de plus en plus marquées, caractérisées par des élancements, spontanément et à l'occasion des rapports sexuels. Ses règles n'ont pas reparu depuis son opération. Elle n'a aucune perte.

A l'examen : bonne paroi abdominale, douleurs vives à la pression à gauche. Le toucher vaginal permet de sentir en arrière du col et dans le cul-de-sac latéral gauche une induration diffuse, donnant l'impression d'un paramètre infiltré par néo du col. Très difficile à délimiter exactement, cette masse indurée est douloureuse à la pression et paraît être très près de la paroi vaginale.

Le moignon du col est petit, atrophique et absolument sain.

Intervention le 6 octobre 1932. Excision de l'ancienne cicatrice. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Libération de l'épiploon adhérent à la paroi. Il existe des voiles membraneux formant des cloisons sagittales entre la paroi abdominale et des anses grêles et le sigmoïde en arrière.

Elles sont facilement libérées. On aperçoit alors dans le petit

bassin, du côté gauche, une petite tumeur kystique, très adhérente à la paroi pelvienne en dehors, à la charnière recto-sigmoïde en arrière à la corne vésicale gauche en avant. Les limites de cette tumeur sont difficiles à apprécier car elle est recouverte par le péritoine pariétal, qui se continue sur le moignon du col restant. La dissection de ce péritoine est amorcée au niveau des vaisseaux iliaques afin de repérer l'uretère. Il est refoulé en dehors et en arrière de la tumeur et lui adhère intimement.

La tumeur paraissant en continuité directe avec le rectum, il faut faire pousser dans cet organe une injection pour s'assurer que la masse kystique est bien indépendante de la cavité rectale. On dissèque alors la tumeur au milieu des adhérences fibreuses qui l'unissent au rectum et au moignon du col. En avant il faut sectionner un tissu cicatriciel qui adhère étroitement à la vessie. En dehors, il faut sculpter l'uretère dans la paroi fibreuse de la tumeur qui se rompt. Il s'écoule un liquide clair en petite quantité. Les parois de la poche sont alors enlevées par morcellement : ce ne sont plus que des lambeaux fibreux très adhérents au fond du pelvis. Péritonisation partielle. Drain dans le lit de la tumeur sortant au-dessus du pubis. Fermeture du ventre en 2 plans. Suites sans aucun accident.

La malade sortie le 20^e jour a été revue trois mois après, en excellent état, ne souffrant plus. Au toucher vaginal, il n'y a plus trace d'induration dans le cul-de-sac gauche.

OBSERVATION XX (inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé GUILLEMIN)

Mme L..., 32 ans, est opérée de salpingite bilatérale adhérente banale : on fait une hystérectomie totale avec conservation des ovaires.

Au bout de 18 mois, la malade accuse des douleurs dans le bas-ventre, surtout à droite, avec irradiations dans le membre inférieur droit.

A la palpation, on trouve une masse arrondie de la grosseur du poing dans le petit bassin. Cette tuméfaction est perceptible par le toucher, fixe douloureuse quand on recherche la mobilité.

L'opérateur, pensant avoir affaire à une collection purulente résiduelle, fait une colpotomie qui donne issue à un liquide clair dont l'écoulement lui fait craindre d'avoir ouvert la vessie. Une injection poussée dans la vessie lui démontre l'intégrité de celle-ci.

A la suite de cette colpotomie, il y a une amélioration du symptôme douleur pendant quelques semaines. Puis la douleur réapparaît; la fièvre s'allume et la malade vient consulter de nouveau.

A ce moment, à l'examen bimanuel, on trouve à droite une masse fluctuante, très douloureuse.

On fait alors, par la même brèche que la 1^{re} fois, une 2^e colpotomie qui donne issue à un pus fétide, brun chocolat. On place un drain. Cicatrisation lente.

La malade est revue 2 ans après : on ne trouve pas trace de collection.

OBSERVATION XXI (inérite)

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé GUILLEMIN)

Mlle H., 45 ans, vient consulter pour un gros fibrome hémorragique. On fait alors une hystérectomie subtotale, le 13 janvier 1928, avec conservation de l'ovaire gauche macroscopiquement sain. Quatre ans plus tard, la malade vient consulter pour des troubles digestifs et des douleurs dans le bas-ventre à gauche. Elle présente des signes de petite insuffisance hépatique (CHIRAY).

A l'examen de l'abdomen, on trouve dans la région ovarienne gauche une masse kystique, de la grosseur d'une mandarine, peu douloureuse à la pression. Cette masse est légèrement mobile aussi bien dans le sens transversal que dans le sens vertical. La malade, suivie depuis 6 mois, présente des variations de volume de son kyste : tantôt il est plus gros, plus tendu; tantôt il s'affaisse au point qu'il faut le chercher pour le retrouver. Mais il présente cependant une certaine tendance à augmenter de volume. Il siège exactement à la place de l'ovaire restant et ne peut être qu'ovarien. Au reste, il n'y a pas de fièvre.

Les douleurs qu'il détermine sont peu intenses; elles s'irradient quelquefois vers le rectum et vers les reins; d'autres fois dans l'aîne et vers la face postérieure de la cuisse (sciatique). Quand la malade souffre beaucoup, elle ressent des élancements; mais elle a mal continuellement. Elle a moins mal quand elle est serrée; au contraire, la douleur est exacerbée pendant la marche.

Elle éprouve quelquefois une sensation de pression sur le rectum; mais il n'y a pas de troubles de la défécation ni de la miction. Pas d'œdème du membre inférieur gauche.

La malade perd à peine en blanc; elle a plutôt maigri et jamais elle n'a eu de bouffées de chaleur; elle éprouve plutôt parfois une sensation de froid. Une intervention chirurgicale est proposée.

OBSERVATION XXII (inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé GUILLEMIN)

Mme Ch... a été opérée en 1921 d'un fibrome utérin qui avait causé des hémorragies abondantes. Une hystérectomie subtotala a été pratiquée sans difficulté. Etant donné son âge (32 ans), l'ovaire gauche, d'aspect parfaitement normal, est

laissé en place. Une autre considération qui incite à laisser un ovaire est l'embonpoint de cette femme qui est non pas obèse à proprement parler, mais grasse.

Depuis l'opération, la malade a été suivie régulièrement. Elle a présenté quelques malaises dus à la castration, en particulier des bouffées de chaleur. Son embonpoint ne s'est que peu accentué. Pas de troubles psychiques ou cérébraux. Du côté génital, rien à signaler jusqu'au milieu de 1933. A cette date, cette femme se plaint de douleurs dans le bas-ventre du côté gauche, douleurs peu vives, se traduisant plutôt par une gêne constante, surtout accentuée en fin de journée.

La palpation abdominale ne donne aucune indication. Le toucher vaginal permet de sentir l'existence d'une tuméfaction molle, fluctuante, dépressible, du volume d'une mandarine, lisse, régulière, arrondie, légèrement douloureuse. Ni par le palper bimanuel, ni par le toucher rectal, cette masse ne peut être mobilisée.

Elle est située contre la paroi latérale gauche du bassin, sans faire corps avec elle. Elle est assez haute à atteindre. Son siège correspond à la situation anatomique de l'ovaire.

Fait à noter : la malade ayant été examinée à plusieurs reprises à des dates différentes pendant plusieurs mois, on a constaté une tension plus ou moins grande de cette masse kystique. Certains jours, il fallait la chercher attentivement pour la retrouver, alors que d'autres fois, le doigt la percevait immédiatement.

Au cours de la discussion qui suivit la communication de M. P. BROcq et Mlle B. DUPEUX à la séance du 6 juin 1932 de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, M. P. MOULONGUET cite deux cas personnels de kystes ovariens consécutifs à l'hystérectomie.

Voici ces deux cas tels qu'ils sont relatés dans le compte rendu de cette séance :

« Le premier concerne une femme que j'avais opérée 2 ans auparavant de salpingite droite très adhérente et à qui j'avais fait une ablation isolée des annexes droites. Une masse bosselée accolée à la paroi latérale droite du pelvis s'était reproduite. Le médecin, en présence d'une crise douloureuse très vive et légèrement fébrile, avait pensé à l'appendicite. A cause du doute qui existait par conséquent sur la nature exacte des accidents, je décidai d'opérer. La masse pelvienne polykystique fut difficile à enlever, au voisinage dangereux de l'uretère, et je ne suis pas sûr de ne pas en avoir laissé en place. Sur les fragments enlevés, le microscope a permis de reconnaître des éléments ovariens indiscutables. »

« Le deuxième cas se rapporte à une femme opérée il y a un an de salpingite bilatérale. J'avais décollé difficilement les annexes gauches qui « ne sont venues qu'en lambeaux ». La malade a présenté depuis quelques mois des crises douloureuses très vives, régulièrement mensuelles, de ce côté gauche, et à l'examen, on retrouvait là une petite masse du volume d'une mandarine. Connaissant l'adhérence de ces masses polykystiques formées aux dépens de débris d'ovaires laissés en place, j'ai pensé, comme Brocq, qu'il valait mieux renoncer à leur ablation chirurgicale et j'ai fait traiter cette malade par la radiothérapie, pour obtenir une castration sèche. Le résultat est encore trop récent pour que j'en puisse faire état. »

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

L'examen de la malade ayant révélé plus ou moins au complet la symptomatologie que nous venons de décrire, le problème diagnostique se pose.

DIAGNOSTIC POSITIF. — Tout d'abord, le diagnostic positif est basé sur l'existence de douleurs apparues quelque temps après une intervention sur l'appareil génital, douleurs ayant quelquefois un caractère de périodicité; mais surtout sur l'existence dans un des culs-de-sac vaginaux, d'une tuméfaction de consistance plus ou moins nettement kystique, de volume variable, arrondie, séparée du moi-gnon cervical par un sillon, et toujours douloureuse au toucher.

Le diagnostic de la nature ovarienne de la tumeur a son importance, puisque, comme nous le verrons plus loin, la radiothérapie et la radiumthérapie, qui sont à essayer tout d'abord, ne donnent de bons résultats qu'à la condition que cette tumeur soit précisément de nature ovarienne.

Ce diagnostic se basera sur le caractère de périodicité des douleurs, sur la persistance de phénomènes menstruels après l'hystérectomie initiale, sur la non apparition des troubles de la ménopause artificielle.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL. — Le diagnostic différentiel se présente sous deux aspects suivant que la nature de l'intervention primitive est connue ou inconnue.

a) *On ne sait pas en quoi a consisté cette intervention primitive* qui a été faite par un autre chirurgien ; on ignore en particulier si l'utérus et les annexes ont été enlevés ; il faut convenir que ce premier cas n'est pas fréquent. Alors :

1° A cause des hémorragies possibles, survenant après une période d'aménorrhée plus ou moins longue, on peut penser à un *cancer du col utérin* que le toucher montre indemne, ou même, chez une femme déjà âgée, à un *cancer du corps*, relativement facile à éliminer, car les écoulements sanguins y sont très irréguliers, fréquents, souvent fétides, avec un corps utérin perceptible au toucher bimanuel.

2° A cause des douleurs, on pensera à une *annexite* : mais dans ce cas les douleurs, et en particulier les douleurs provoquées, sont en général nettement bilatérales, la fièvre est plus constante et plus élevée.

3° Un *fibrome de l'ovaire* est dur, et le plus souvent indolore ; de plus, il est rare.

b) *Dans un deuxième cas, on connaît la nature de l'intervention initiale* ; on sait qu'il a été fait une hystérectomie et on sait également si les ovaires ont été enlevés en même temps. Alors :

1° La réapparition des écoulements sanguins après une période d'aménorrhée fera tout de suite penser à une *dégénérescence épithéliomateuse d'un col* restant ; mais, dans l'épithélioma, les hémorragies sont plus irrégulières, plus fréquentes ; et on sent la lésion cervicale au toucher vaginal.

2° Un *noyau fibromateux du col* utérin est dur, indolore, et fait corps le plus souvent avec le col auquel il adhère intimement, alors que le kyste résiduel est douloureux, et séparé du col par un sillon plus ou moins net. Enfin, d'autres affections peuvent prêter à confusion avec une production kystique résiduelle de nature ovarienne.

I. Quand les ovaires sont restés en place, il faut comme tout à l'heure discuter l'annexite qui prête facilement à confusion, et accessoirement les tumeurs solides de l'ovaire.

II. Quand au contraire on sait que les ovaires ont été enlevés en même temps que l'utérus, le problème se complique.

On fait un toucher qui révèle la présence d'une tumeur. Alors : 1° le chirurgien pense le plus souvent, en premier lieu, à un *corps étranger*, compresse, instrument quelconque oublié dans le pelvis lors de la première intervention, et enkysté; mais, d'après ceux qui se sont trouvés en présence de cette éventualité, l'empâtement serait plus diffus, la réaction inflammatoire plus vive (CORNIL). Le diagnostic est délicat.

2° Une *collection péritonéale enkystée*, formée dans un repli séreux fait au cours de la péritonisation qui suit l'hystérectomie, a également une consistance kystique, mais aurait des contours moins nets. Ces collections ont été signalées par J.-L. FAURE qui les attribue, comme nous venons de le dire, à des inclusions péritonéales à la suite de la péritonisation. Elles ont une certaine tendance à la résorption spontanée. D'après lui, il ne faut pas les extirper, car elles sont très difficiles à disséquer; il faut exciser leur paroi du côté de la grande cavité dans laquelle on les

ouvre; elles guérissent ainsi facilement. A cause de ce traitement spécial, leur diagnostic d'avec les kystes résiduels ovariens a quelque importance; mais il est difficile.

3° Une poussée de *cellulite pelvienne* s'accompagne en général d'une fièvre plus marquée et a un début plus brusque; elle donne au doigt qui touche une sensation d'empâtement diffus.

4° Enfin, il faut distinguer le kyste ovarien d'une *tumeur d'un organe voisin*, en particulier de la vessie ou du rectum, surtout si la symptomatologie s'accompagne de dysurie, de ténésme vésical ou rectal. Mais l'emplacement de ces tumeurs est un peu différent; et puis, les tumeurs vésicales malignes saignent. Quant à celles du rectum, leur diagnostic se fait par leurs signes cliniques spéciaux et les moyens d'exploration physique, toucher rectal, rectoscopie.

5° Citons enfin pour mémoire le cas de MM. CORNIL et FIOLE, où il s'agissait d'une pseudo-tumeur d'un cul-de-sac latéral, formée par une *grosse frange épiploïque*, irrégulière, mollesse, plaquée contre la cicatrice de péritonisation.

CHAPITRE V

EVOLUTION ET PRONOSTIC

L'évolution de ces productions kystiques ovariennes est très variable, mais, le plus souvent, cette évolution est progressive, plus ou moins rapide, soit continue, soit par poussées. Ces poussées coïncident-elles avec les périodes des anciennes règles supprimées ou seulement modifiées ? Sur ce point, l'accord n'est pas fait. « Je n'ai jamais eu — dit CHALIER — l'impression que ces poussées aient coïncidé avec ce qui aurait été les périodes cataméniales si ces femmes n'avaient pas été castrées ». Pourtant, dans l'observation déjà citée de TIXIER, la collection présentait assez régulièrement des périodes d'augmentation et de diminution qui cessèrent à l'âge de la ménopause.

Certaines collections n'augmentent guère de volume et peuvent rester longtemps, sinon indéfiniment stationnaires; dans ce cas, c'est souvent le toucher seul qui révèle leur existence. Et même, comme nous l'avons déjà dit, il est bien probable qu'un certain nombre d'entre elles passe complètement inaperçu. Enfin, il est possible que la tumeur disparaisse spontanément au bout d'un temps assez long; c'est le cas d'une malade de TIXIER, dont l'observation est citée plus haut. Mais il ne faut pas compter sur

une terminaison aussi favorable, d'autant moins d'ailleurs que les malades sont en général loin de l'âge de la ménopause. Et dans la majorité des cas, les troubles s'accroissent de plus en plus, et deviennent tellement insupportables que la malade vient réclamer avec insistance au chirurgien une nouvelle intervention qui, si l'on s'en rapporte à la plupart des cas publiés, s'est toujours montrée difficile par suite de la présence d'adhérences parfois inextricables; somme toute, l'intervention comporte quelques risques.

Nous verrons que ce pronostic s'est beaucoup amélioré depuis qu'on a mis à profit les bons résultats donnés par la radiothérapie et la radiumthérapie.

D'autre part, un certain nombre d'accidents peuvent venir aggraver l'évolution de ces productions : c'est d'abord la *suppuration du kyste*, et cela ne doit pas nous étonner, puisqu'il est la plupart du temps le siège d'un processus inflammatoire atténué susceptible de s'exalter sous des influences diverses. D'ailleurs, un kyste de ce genre peut aussi bien s'infecter que tout autre kyste de l'ovaire ou d'un autre organe, ou qu'un kyste hydatique du foie, par exemple. Pourtant, nous n'en avons pas trouvé d'exemple. Nous n'avons pas non plus connaissance de cas de *rupture du kyste*, mais nous la considérons comme possible, étant donnée la minceur parfois extrême des parois (RICHE). Il est évident que si le kyste est suppuré, sa rupture peut donner lieu à des accidents péritonéaux, soit généralisés, soit localisés par des adhérences.

Enfin, le pronostic est encore assombri par l'éventualité possible d'une *récidive* qui apparaît comme assez fréquente; on la note dans une observation de CHALIER :

ablation d'un premier kyste le 23 octobre 1923, et récurrence en janvier 1925; dans une autre de PAUL GILLET : ponction d'une masse kystique par le vagin en juin 1919, et en 1920, nouvelle masse kystique qu'on ponctionne de nouveau; de même, la malade de M. BROCC, opérée en mai 1930 d'un kyste résiduel, fait une récurrence en septembre 1930. Ces faits ne doivent pas nous étonner, d'abord parce que les débris ovariens laissés par une hystérectomie avec castration sont généralement multiples, et peuvent très bien ne dégénérer que les uns après les autres, à plusieurs mois d'intervalle. D'autre part, quand on fait l'excision de la poche, il est souvent difficile d'enlever tout, et dans ces conditions, il n'y a rien d'étonnant à ce que la poche se reforme (RICHE); à plus forte raison quand on ne peut disséquer le kyste, et qu'on en est réduit à le ponctionner (GILLET).

Enfin, nous avons vu plus haut l'opinion très séduisante de MM. CORNIL et FIOLE, sur le développement de beaucoup de ces productions aux dépens d'ovaires surnuméraires. Or, la multiplicité fréquente de ces derniers, qui peuvent très bien ne pas dégénérer simultanément, semble parfaitement capable d'expliquer certaines récurrences.

CHAPITRE VI

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Parmi les observations relativement nombreuses dont nous faisons état dans ce travail, rares sont celles où les pièces opératoires ont été l'objet d'un examen microscopique, et l'étude anatomo-pathologique des productions kystiques que nous étudions ici est vraiment très imparfaite. Or, nous sommes convaincus que seule cette étude peut jeter un jour indispensable sur la pathogénie et la genèse des dégénérescences kystiques ovariennes consécutives à l'hystérectomie. C'est pourquoi nous attachons une importance primordiale à la connaissance de leurs caractères anatomo-pathologique.

ASPECT MACROSCOPIQUE. — L'aspect macroscopique est différent suivant la variété à laquelle appartient la production kystique.

Nous avons déjà dit que le volume pouvait varier de celui d'une noix à celui des deux poings, ou même d'une tête d'adulte. Il semble que ces grandes dimensions soient plutôt le fait des kystes sanguins.

Le plus souvent, le kyste est unique ; mais, dans d'autres cas, on en trouve plusieurs (DARTIGUES) : leur siège

d'élection est soit l'emplacement normal de l'ovaire quand on a conservé ce dernier ou quand des débris ont échappé à l'exérèse, soit le ligament large, au niveau du paramètre. Le kyste vient faire saillie sous le péritoine pelviens, et aussi dans un des culs-de-sac vaginaux. Cette situation intra-ligamentaire latéro-utérine fréquente, contribue à donner plus de valeur à l'opinion de certains auteurs, à savoir que beaucoup de ces productions survenant après castration totale se développeraient aux dépens d'ovaires surnuméraires, dont la région juxta-utérine du paramètre est, comme nous l'avons vu, le siège d'élection. Cette origine semble bien probable dans les observations de DARTIGUES, HALLER, CHALIER, et quelques autres.

Très souvent, il existe des adhérences entre le kyste et les organes pelviens ou abdominaux, vessie, uretère (RICHE, HALLER), rectum (RICHE), sigmoïde, anses intestinales, épiploon, adhérences qui rendent parfois l'intervention très difficile.

Le contenu de la poche est différent suivant les cas ; souvent c'est un liquide citrin ; il peut être séro-purulent ou purulent ; très fréquemment, il est séro-sanguinolent, rosé ou sanglant, hématique.

L'étude de ce liquide n'a pas été faite ; mais il est vraisemblable qu'il ne diffère en rien de celui des autres kystes ovariens : plus ou moins fibrineux quand l'infection a joué un rôle dans sa formation, avec des lymphocytes ou des polynucléaires suivant les cas ; hématique, quelquefois composé de sang presque pur, avec des caillots, dans d'autres cas. D'ailleurs, selon l'opinion de P. GILLET, ce liquide sanguin ne peut se rencontrer que

dans des kystes jeunes et s'éclaircit pour se transformer en une sérosité plus ou moins colorée, au fur et à mesure que le kyste vieillit.

Quand le kyste est hématique, il prend une teinte foncée, noirâtre, avec des reflets nacrés. Sa consistance est souvent plus rénitente, plus mollassse, moins fluctuante que dans les kystes à contenu séreux, citrin qui sont de teinte claire, translucides. Mais, comme nous l'avons déjà dit, la consistance varie aussi avec l'état de tension du liquide et avec l'épaisseur des parois.

ASPECT MICROSCOPIQUE. — Lorsque le kyste est très distendu, sa paroi peut être très mince ; souvent alors, il est difficile d'y reconnaître sur des coupes microscopiques des éléments ovariens ; on ne voit guère que des fibres conjonctives entremêlées, avec quelques rares cicatrices fibreuses de corps jaunes. Mais dans la plupart des cas, la structure ovarienne est très nette, avec des caractères histo-pathologiques intéressants. A ce propos, il ne nous paraît pas inutile de rappeler très brièvement la structure histologique normale de l'ovaire.

Histologie de l'ovaire. — Quand on examine au microscope une coupe d'ovaire adulte, avec ses deux parties essentielles, une zone périphérique ou corticale, et une zone centrale ou médullaire, on voit que *a)* la zone corticale comprend de dehors en dedans : 1° l'*épithélium ovarique*, reste de l'*épithélium germinatif embryonnaire* ; 2° l'*albuginée*, couche conjonctive : et 3° enfin, une région qui nous intéresse particulièrement ici, car elle contient les follicules de De Graaf et les corps jaunes.

Le *follicule de De Graaf*, qui mesure de 10 à 15 mm.

de diamètre, se compose, de dehors en dedans : 1° d'une thèque folliculaire ; 2° d'une membrane propre ; et 3° d'un épithélium folliculaire qui contient l'ovocyte et qui limite une cavité remplie par le liquide folliculaire.

La thèque folliculaire est formée de 2 couches, l'une externe, ou *thèque externe*, formée de faisceaux conjonctifs entremêlés, et qui contient des vaisseaux sanguins pénétrant dans la couche sous-jacente ; celle-ci, la *thèque interne*, est constituée par des fibres conjonctives très fines contenant dans leurs mailles les *cellules de la thèque interne*, ou cellules à lutéïne, très nombreuses au niveau du pôle profond du follicule, devenant de plus en plus rares au fur et à mesure qu'on se rapproche du pôle superficiel au niveau duquel elles manquent complètement.

La membrane propre, ou *membrane de Slawjanski*, endothéliale ou anhiste suivant les auteurs, a même une existence contestée par certains.

L'épithélium folliculaire ou *granulosa*, est constitué d'abord par une couche unique de cellules cylindriques, puis, en dedans, par une couche de cellules polygonales, d'épaisseur très irrégulière, formant au niveau du pôle profond du follicule le *disque prolifère* ou oophorus, qui contient l'ovocyte, et qui fait saillie dans l'*antrum folliculi* où on trouve un liquide, le *liquor folliculi*.

Le *corps jaune* est constitué par l'hyperplasie des cellules de la *granulosa*, laquelle s'épaissit plus par augmentation de volume de ces cellules, qui deviennent 8 à 10 fois plus grosses, que par augmentation de leur nombre ; elles forment la *membrane lutéinique* qui se plisse parce que la thèque l'empêche de se développer excentriquement.

La thèque interne est épaisse et contient de petites cellules sombres en amas, et des capillaires très nombreux qui prolifèrent et vont produire une organisation vasculo-conjonctive de la membrane lutéinique. La thèque conjonctive envoie des travées dans les plis de cette membrane lutéinique et la cloisonne ;

b) La zone médullaire est constituée par des fibres conjonctives et des fibres musculaires lisse entremêlées, au milieu desquelles se ramifient des artères.



Il est bien difficile de donner une description générale des lésions histologiques qu'on trouve dans les productions kystiques ovariennes que nous étudions, d'autant plus que ces lésions sont encore très mal connues. Ajoutons qu'on peut avoir affaire à des kystes unis ou multiloculaires, à des kystes vrais ou à des pseudo-kystes, c'est-à-dire à des cavités dépourvues de paroi propre.

La structure varie avec la variété du kyste.

KYSTES HÉMATIQUES. — Dans les kystes hématiques qui sont fréquents, on rencontre, au milieu d'un stroma ovarien souvent œdémateux et partiellement hyalinisé, avec dans certains cas une infiltration leucocytaire plus ou moins marquée, témoignant d'un certain degré d'inflammation, des follicules de Graaf, quelquefois volumineux, avec deux couches thécales dont l'interne contient des cellules comme le follicule normal ; des kystes théco-lutéiniques qui peuvent contenir un liquide hémorragique ; des masses solides ou kystiques de tissu lutéinique ; des

corps jaunes plus ou moins hyalinisés, contenant des pigments sanguins. Le tissu thécal qui l'entoure et le pénètre est souvent lui aussi imprégné de pigments sanguins.

KYSTES DE NATURE INFLAMMATOIRE. — Il semble bien que certains éléments ovariens dégénèrent uniquement parce qu'ils sont infectés. Certes, quand on constate au microscope des signes histologiques d'un processus inflammatoire, il est souvent bien difficile de dire de quelle importance est le rôle de l'infection dans le mécanisme de la dégénérescence kystique, et si elle est seule responsable, ou bien si elle n'a fait que s'ajouter à d'autres causes ; en tout cas, cette inflammation se traduit sur les coupes par de l'infiltration leucocytaire et de l'œdème du stroma ovarien. Dans ces cas, il serait intéressant d'étudier le contenu du kyste au point de vue chimique et cytologique : il ne nous a pas été donné de pouvoir le faire.

De ces productions de nature inflammatoire, il est logique de rapprocher le cas unique de fibro-myome kystique de l'ovaire, publié par HALLER, dans lequel l'infection semble directement en cause, et où on voyait entre les faisceaux musculaires et conjonctifs une notable infiltration inflammatoire.

EPITHÉLIOMA KYSTIQUE. — Il n'est pas illogique de supposer qu'un kyste résiduel ovarien se développant après une hystérectomie pour kyste banal de l'ovaire ait lui-même la structure de l'épithélioma kystique, avec un épithélium externe plus ou moins atypique par places,

une couche de tissu fibreux et un épithélium interne à cellules cylindriques, souvent caliciformes, ciliées, sécrétant du mucus, et quelquefois également atypiques.

Dégénérescence scléro-kystique. — Les lésions histologiques constatées au niveau des productions kystiques envisagées plus haut, kystes hématiques, inflammatoires, et mises à part les productions qui peuvent revêtir le type de l'épithélioma kystique, ont des analogies incontestables avec celles qui caractérisent la dégénérescence scléro-kystique ; et il est certain que beaucoup de ces productions résiduelles sont effectivement de ce type : nous n'en voulons pour preuve que le cas publié par LANOS, et dont nous avons fait état. Il faut en rapprocher le cas, publié par H. C. COE, de kyste ovarien développé après ovariectomie, et qui avait aussi la structure du kyste folliculaire. Dans ce cas, la surface de la tumeur est parsemée de petits kystes dont la taille peut aller de celle d'une tête d'épingle à celle d'un pois ou d'un noyau de cerise.

Au microscope, on voit, comme dans l'ovaire polykystique, des kystes formés aux dépens de follicules de Graaf atrophiques, et dont on peut voir sur les coupes les différents stades d'évolution qui font de ces follicules de simples poches remplies de liquide citrin ou hémorragique. Ce sont les kystes folliculaires ou théco-lutéiniques. En effet, au niveau de ces follicules, les cellules de la thèque interne s'hypertrophient et se chargent de lutéine.

A côté de ces kystes, on en voit d'autres, de coloration brunâtre, manifestement issus de corps jaunes ayant subi une dégénérescence hyaline. Ce sont les kystes lutéiniques

dans lesquels les cellules lutéiniques ont pris un grand développement.

En somme, dans l'ovaire scléro-kystique, il y a une hypertrophie du système des cellules lutéiniques, substratum de la sécrétion interne de l'ovaire.

Entre les kystes, on voit du tissu conjonctif scléreux.

Enfin, souvent ici encore, quand l'infection joue un rôle dans la genèse du kyste, ce qui semble fréquent, le processus inflammatoire se traduit sur les coupes par une infiltration leucocytaire du stroma ovarien.

CHAPITRE VII

ETUDE PATHOGENIQUE

Ainsi donc, les observations ne manquent pas où, après une hystérectomie, conservatrice ou non, on voit apparaître une production kystique de nature ovarienne. Mais pourquoi cette dégénérescence ? Quel est le « primum movens » de cette transformation kystique ?

La connaissance du mécanisme intime de la formation de ces tumeurs n'est certes pas dénuée d'intérêt ; mais elle présente en même temps d'incontestables difficultés. En effet, étant donné le petit nombre des examens histologiques et la difficulté de l'expérimentation, on est à peu près réduit aux hypothèses.

Nous avons dit que les kystes ovariens résiduels n'avaient pas tous la même structure histologique ; d'ailleurs, ils apparaissent dans des circonstances variables, après des affections génitales diverses, et, de ce fait, on est logiquement amené à concevoir que leur pathogénie ne soit pas univoque. Il semble en effet que des causes variées puissent être directement incriminées dans le mécanisme de leur genèse.

Rappelons d'abord la conception de DARTIGUES, de ce qu'il appelle le « *cysthématome menstruel post-opératoi-*

re ». Il lui attribue pour origine une rétention hématique : « Le flux menstruel n'ayant plus d'issue s'accumule progressivement dans les cavités kystiques ».

CHASSAT, dans sa thèse, développe la même théorie : « La pathogénie de ces kystes sanguins, — dit-il — est liée à la fluxion menstruelle persistant après l'opération, et qui ne trouve pas à se faire jour au dehors. Sous l'influence de la congestion menstruelle, au niveau des débris ovariens, il se fait dans les follicules de De Graaf ou les microkystes préexistants, de véritables apoplexies sanguines plus ou moins abondantes qui, s'accumulant tous les mois, finissent par aboutir à des kystes de volume considérable, tels ceux rapportés par M. DARTIGUES, tel celui de M. FAURE qui avait les dimensions d'une tête d'adulte...

... ; quant au flux menstruel, il contribue à la formation du cysthématome qu'il accroît et distend périodiquement ».

Cette théorie a été battue en brèche depuis ; et, en effet, elle semble admettre que le flux menstruel, normalement né au niveau de l'endomètre, vient faire issue au niveau de l'ovaire, qui jouerait ainsi dans une certaine mesure un rôle de suppléance vis-à-vis de l'utérus lorsque celui-ci n'est plus là pour remplir sa fonction. Mais cette supposition est très discutable.

Il est vrai que chez les femmes dont, pour une raison ou pour une autre, les règles n'apparaissent pas, on a décrit des hémorragies supplémentaires, surtout des hémoptyxies, des épistaxis, et on pourrait de même supposer que des hémorragies semblables se produisent au niveau de l'ovaire ; mais alors, elles produiraient une

distension très brusque de la poche, ce qui, vraisemblablement, donnerait toujours lieu à des crises douloureuses extrêmement violentes qui ne font pas partie de la symptomatologie habituelle.

Et d'ailleurs, ces hémorragies ovariennes ne sont pas prouvées du tout. D'autre part, « les examens répétés, — dit P. GILLET, — montrent qu'il n'y a pas augmentation par à-coups menstruels périodiques du volume de ces collections ».

Enfin, cette théorie ne serait guère valable que pour les kystes hématiques.

Pourtant, il semble que tout ne soit pas faux dans la conception de DARTIGUES, et il est possible que cette congestion menstruelle dont parle CHASSAT, et qui se produit au niveau des débris ovariens ou des ovaires laissés en place, soit plus intense après une hystérectomie que dans un ovaire normalement irrigué et innervé, soit à cause de modifications circulatoires apportées par l'intervention, soit par suite d'une exaltation compensatrice de l'activité fonctionnelle. Et il pourrait se produire à la faveur de cette congestion intense « *menstruelle* », qui en outre expliquerait jusqu'à un certain point par la compression des filets nerveux les exacerbations périodiques des douleurs, de l'œdème du stroma ovarien, constaté sur les coupes histologiques, comme au niveau d'un foyer inflammatoire et aussi de petites hémorragies, par rupture des capillaires de la thèque qui, d'après ROMIEU, sont très fragiles. Et les pigments sanguins qui infiltrent souvent les corps jaunes, le tissu conjonctif, le tissu thécal, seraient en faveur de cette hypothèse.

Cette congestion joue vraisemblablement un rôle de

première importance dans la genèse des productions kystiques résiduelles du type de la dégénérescence scléro-kystique. En effet, la cause la plus importante et la plus directe de la production du tissu scléreux, c'est la congestion, quelle que soit son origine. Et toute cause susceptible de déterminer d'une façon durable des phénomènes congestifs, surtout au niveau d'un organe riche en tissu conjonctif comme l'ovaire, sera un facteur de sclérose. Or, c'est la présence de tissu scléreux qui représente ici la lésion fondamentale. On peut se demander, comme pour le cas de l'ovarite scléro-kystique banale, si c'est la sclérose qui conditionne la formation de cavités kystiques, et dans ce cas, il est possible que la sclérose du tissu conjonctif étouffe les vaisseaux sanguins qui vont à travers la thèque interne nourrir les cellules de l'épithélium folliculaire ; il en résulterait alors une dégénérescence des cellules de cet épithélium, et aussi une atrophie des follicules incapables de s'ouvrir à travers ce tissu ; ou bien si, au contraire, c'est l'apparition de ces derniers qui est le premier phénomène en date et qui produit la sclérose par irritation du tissu conjonctif par les petits kystes. Quoi qu'il en soit, la congestion ovarienne productrice de sclérose est incontestablement responsable pour une large part de la dégénérescence scléro-kystique. Or, quelle est l'origine de cette congestion ?

Elle n'est pas unique. D'une façon générale, la congestion peut être active ou passive. L'une des causes les plus importantes, ici, celle qu'on retrouve le plus fréquemment dans les affections génitales qui provoquent une intervention, c'est certainement l'inflammation : il s'agit ici d'un processus atténué qui transforme le tissu

conjonctif en tissu scléreux comme il le fait au niveau du rein au cours des néphrites chroniques, du foie, au cours des hépatites chroniques, syphilitiques ou autres, du poumon, dans la tuberculose fibreuse, ou au niveau de tout autre organe. Cette infection se retrouve dans l'observation de dégénérescence scléro-kystique publiée par LANOS. D'ailleurs, l'ovarite scléro-kystique inflammatoire est connue et décrite par les classiques.

Mais il ne faut pas considérer l'infection comme la seule cause capable de déterminer de la congestion ; les lésions qui résultent de cette dernière se rencontrent aussi bien dans les kystes résiduels consécutifs à des hystérectomies pour fibromes, par exemple, où les ovaires sont le plus souvent aseptiques. En outre, elle doit intervenir moins souvent dans les cas relativement nombreux de kystes développés aux dépens d'ovaires surnuméraires, qui, sans connexions intimes avec les trompes, sont de ce fait moins exposés à la propagation ascendante des infections utéro-salpingiennes.

Il n'est pas impossible que dans ces cas, des modifications circulatoires soient apportées au niveau de l'ovaire par l'hystérectomie elle-même.

Mais il est certain que l'ablation de l'utérus est pour une part directement responsable de certaines transformations kystiques du tissu ovarien conservé. Beaucoup d'auteurs sont convaincus que la conservation des ovaires sans utérus conduit souvent à leur dégénérescence scléro-kystique. Déjà LINDIG avait remarqué que souvent, après ablation de l'utérus, l'ovaire laissé en place grossit rapidement par suite de la formation de kystes volumineux.

¹ Ces constatations concordent avec les résultats des

travaux faits ces dernières années et dont nous avons parlé déjà dans notre introduction, travaux d'où il ressort que le système génital constitue non seulement un complexe anatomique, mais un complexe physiologique bien individualisé, et dont le bon fonctionnement exige une intégrité relative.

Nous avons déjà cité les travaux de TAKAKUSU. En 1932, M. WATRIN et H. BRABANT ont précisé certains rapports entre ces deux organes connexes que sont l'utérus et l'ovaire dans un article intitulé : « La répercussion de l'hystérectomie sur l'histo-physiologie ovarienne », publié dans les « Archives Biologiques », XLIII, fascicule 2, 1932, p. 153. D'après ces expérimentateurs, si on enlève l'utérus d'une lapine pubère, on constate que l'ovaire laissé en place dégénère : il y a atrésie des follicules de De Graaf et apparition d'un vaste massif interstitiel développé aux dépens des thèques des follicules atrésiques. Trois mois après l'hystérectomie, l'involution est presque totale ; 12 mois après, toute la masse interstitielle a subi l'involution fibro-hyaline. Le processus débiterait par une *hyperémie intense* des thèques et du stroma ovarien, avec quelquefois présence de *follicules hémorragiques*.

Tout récemment, en mars 1933, les Américains VALTON SESSUMS et DOUGLAS MURPHY constatent sur les ovaires des animaux privés de leur utérus de profondes altérations histologiques, et en particulier l'atrésie des follicules. De plus, ils montrent comme TAKAKUSU, que l'auto-transplantation d'endomètre chez les animaux hystérectomisés prévient ces altérations de l'histophysiologie ovarienne.

Enfin, tout dernièrement, CHEVAL, DÉJARDIN, L. et Ch.

MAYER ont repris ces expériences sur la chienne, et ont abouti aux mêmes résultats.

D'un autre côté, l'infection du tissu ovarien subsistant semble dans certains cas agir par un mécanisme différent de celui de la congestion. En effet, on peut très bien concevoir qu'un processus inflammatoire atténué se manifeste soit au niveau des follicules de De Graaf, soit au niveau d'un point quelconque antérieurement infecté du parenchyme ovarien, processus infectieux non plus pyogène, mais exsudatif, capable d'engendrer un liquide clair ou séro-purulent, et comparable à celui qui donne lieu à l'exsudat citrin de la pleurésie séro-fibrineuse, ou à celui qui est à l'origine de certains hydrosalpinx ou de certains hydrocholécystes. C'est dans ces cas que l'étude chimique et cytologique du liquide du kyste pourrait fournir des arguments en faveur de cette hypothèse ; c'est dans ces cas aussi qu'on aurait le plus de chances d'observer une légère ascension thermique.

S'il est vrai que certaines productions kystiques résiduelles peuvent être du type de l'épithélioma kystique de l'ovaire, il faut leur réserver la même interprétation pathogénique qu'à ces derniers.

Il y a encore d'autres causes possibles, susceptibles d'être à l'origine des tumeurs que nous étudions.

Nous avons vu que MM. CORNIL et FIOLE estiment qu'un grand nombre de tumeurs résiduelles ovariennes sont développées aux dépens d'ovaires surnuméraires. Et d'après eux, elles seraient dues à ce que, au niveau de ces petites glandes supplémentaires, s'exercerait un processus d'hypertrophie compensatrice « analogue à celui qui intéresse une rate accessoire après certaines exérèses

spléniques », ou analogue à celui qui succède au niveau d'un rein à l'ablation de l'autre rein.

Il est possible que quelques-unes de ces tumeurs deviennent kystiques, d'autant plus qu'en même temps qu'une hypertrophie compensatrice, il doit y avoir là une augmentation notable compensatrice de l'activité fonctionnelle amenant peut-être une congestion intense du parenchyme.

Enfin, au moins pour les cas de kystes développés aux dépens d'ovaires ou de débris d'ovaire laissés en place, on pourrait encore alléguer l'existence de troubles trophiques ayant pu être engendrés par des modifications de l'irrigation et de l'innervation des éléments ovariens dégénérés.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT

Une fois la tumeur constituée, il est évident qu'il faut faire quelque chose pour débarrasser les malades d'une lésion qui, le plus souvent, rend leur vie insupportable.

Presque toujours, d'ailleurs, elles viennent d'elles-mêmes réclamer avec insistance au chirurgien une intervention capable de les délivrer de leurs souffrances.

Pourtant, il semble que dans les cas, d'ailleurs rares, où la malade approche de près l'âge de la ménopause, on soit autorisé à temporiser, car, si l'on en croit quelques exemples, celui de TIXIER en particulier, il peut se faire que lorsque la vie génitale prend fin, la tumeur subisse une régression spontanée et finisse par disparaître comme si, à ce moment, la tumeur ovarienne subissait une involution ménopausique amenant une disparition des éléments ovariens. On se contente alors de prescrire des injections vaginales chaudes, dans l'espoir de produire une décongestion pelvienne, et de lutter autant que possible contre un processus infectieux éventuel et effectivement fréquent. On surveillera le bon fonctionnement de l'intestin, et on recommandera le repos au lit qui

diminuent l'un et l'autre la congestion du pelvis. Ces mesures constituent si l'on veut le *traitement médical* de l'affection.

Mais on ne peut guère compter sur cette terminaison heureuse obtenue à peu de frais : en effet, d'abord, cette disparition spontanée est seulement une possibilité, et non une certitude. De plus, presque toujours, les femmes sont encore jeunes, ou tout au moins à un âge éloigné de plusieurs années encore de celui de la ménopause.

Il faut donc agir.

TRAITEMENT CHIRURGICAL. — A) *Ponction*. — Puisqu'on est le plus souvent en présence d'une tumeur remplie de liquide et faisant saillie au niveau des culs-de-sac vaginaux, il est logique de penser à la ponctionner par le vagin. Mais, d'abord, cette intervention risque de ne pas être efficace ; en effet, elle ne fait qu'évacuer le contenu de la poche en laissant intactes les parois, c'est-à-dire la partie active, génératrice. De plus, elle est aveugle, et expose à la blessure non seulement de vaisseaux, mais des organes voisins, rectum, vessie, uretère, d'autant plus qu'on ne sait pas quelles modifications dans la position des organes, dans la topographie de la cavité pelvienne la première intervention a pu amener. Somme toute, cette ponction du kyste par le vagin est à rejeter à cause des dangers et aussi des aléas qu'elle comporte.

Cependant, elle pourrait être employée au cas, d'ailleurs exceptionnel, où le kyste est suppuré, ou encore au cas où on ne pourrait pas faire autrement, soit que la laparotomie n'ait pas permis de faire l'exérèse à cause

de difficultés opératoires insurmontables, soit que la malade ait un très mauvais état général.

Mais dans ces cas, la simple ponction au trocart ne peut suffire ; il faut faire une véritable colpotomie aux ciseaux suivie de drainage prolongé à la gaze.

C'est la technique adoptée par P. GILLET dans les deux observations citées plus haut, dans l'une d'elle, la guérison définitive n'a été obtenue qu'après deux ponctions à plusieurs mois d'intervalle ; le décollement et l'exérèse du kyste avaient été impossibles. Ce sont les mêmes raisons qui avaient amené J.-L. FAURE à faire aussi chez sa malade une ponction, mais suivie de marsupialisation et de drainage de la cavité au Mickulicz.

B) *Exérèse.* — Mais, le traitement chirurgical de choix, celui qui effectivement a été appliqué d'emblée dans la plupart des cas que nous mentionnons, c'est l'exérèse : « La conduite logique, — dit P. GILLET, — la seule acceptable pour les formations volumineuses qui se présentent aux chirurgiens comme de véritables tumeurs abdominales et doivent être traitées comme telles, est l'ablation minutieuse par le ventre ».

En ce qui concerne la voie d'accès à utiliser pour aborder la néoformation, il semble que la voie vaginale soit à rejeter d'une façon absolue : en effet, comme la ponction et la colpotomie, elle est aveugle et expose à des accidents. La difficulté inévitable de l'exérèse par cette voie expose à un ablation incomplète.

Il faut absolument voir clair dans les adhérences extrêmement fréquentes et parfois inextricables ; et c'est pourquoi il faut intervenir par voie haute.

Il est bien difficile de donner une technique générale

pour l'exérèse des tumeurs, car ici, chaque cas a ses particularités : le kyste peut être très petit ou très gros, libre ou plus ou moins adhérent, et de nature variable. Mais le principe est toujours le même : *enlever le kyste prudemment et l'enlever complètement*. On fera une laparatomie sous-ombilicale ; on essaiera de trouver un plan de clivage, de libérer le kyste des organes voisins auxquels il adhère plus ou moins intimement. Il ne faut pas forcer pour rompre ces adhérences, ce qui exposerait à des déchirures de l'intestin ou de tout autre organe. Il arrive que la libération de la tumeur produise sur l'intestin par exemple, des éraillures qu'il faut réparer. Dans le cas de LANOS, l'anse était très éraillée et contournée sur elle-même, de sorte qu'il fallut la reséquer sur une longueur de 20 cm.

Quelquefois, on trouve facilement un plan de clivage, et l'ablation n'offre pas de difficulté ; mais souvent, comme nous l'avons dit, elle est rendue laborieuse par des adhérences ; elle est toujours délicate à cause de la présence de l'utérine, de l'uretère, du rectum, de la vessie, etc... Dans certains cas, même, elle est impossible (P. GILLET, J.-L. FAURE). Dans d'autres cas, enfin, le clivage est facile sauf au niveau du pôle inférieur de la tumeur qui adhère intimement.

Il arrive même qu'on soit obligé de le laisser au moins en partie ; il est bon alors, comme le préconisent MM. CORNIL et FIOLE, de faire au niveau de ces débris un grattage à la curette, suivi de cautérisation iodée, avant de refermer le ventre.

TRAITEMENT PHYSIOTHÉRAPIQUE. — L'exérèse chirurgi-

cale n'est donc pas dépourvue de gravité et comporte certains risques ; aussi serait-il intéressant de pouvoir obtenir à moins de frais la disparition de la tumeur. C'est précisément ce qu'on a cherché à réaliser au moyen du *radium* ou de la *roentgenthérapie*. Déjà, P. GILLET préconise ce traitement : « Enfin, les rayons X, — dit-il, — ou le radium, nous paraissent *a priori* tout à fait capables de réaliser à moindres frais cette atrophie souhaitable ». CHALIER a employé avec succès le radium dans deux cas. De même, PELLANDA a appliqué avec succès le radium dans un cas, les rayons X dans un autre.

La malade de BROcq avait eu un récidive de sa tumeur ovarienne après un traitement chirurgical ; cette récidive a été traitée par 10 séances de radiothérapie dont le résultat fut remarquablement bon. M. MOULONGUET a utilisé également la radiothérapie.

Pourtant, tous les chirurgiens ne sont pas de cet avis, et M. COTTE, à une séance de février 1925 de la Société de Chirurgie de Lyon, dit : « A propos du traitement de ces formations kystiques par la radiothérapie, je crois qu'il n'y a pas trop à compter sur les bons effets des agents physiques en pareil cas. Dans deux cas de kystes récidivants consécutifs à des hystérectomies subtotaux avec conservation d'un ovaire, où il y eut récidive de formations kystiques dans l'ovaire laissé en place, la radiothérapie faite d'une façon minutieuse et prolongée, ne suffit pas à faire disparaître les douleurs, et il fallut recourir à l'intervention sanglante ». Mais ces deux échecs ne peuvent permettre à eux seuls, contre les succès plus nombreux obtenus par d'autres, de rejeter la méthode. Et il semble qu'ici, la conduite à tenir soit assez nette :

devant la gravité relative de l'intervention sanglante, il faut essayer tout au moins, avant d'opérer, les applications de radium ou de rayons X, quitte ensuite, si cette manière de faire conduit à un échec, à pratiquer secondairement l'exérèse chirurgicale telle que nous l'avons mentionnée plus haut. Et effet, on ne risque pas de perdre un temps précieux comme lorsqu'il s'agit d'une affection néoplasique maligne, et si après l'application de radium, ou après 4 ou 5 séances de radiothérapie, la tumeur ne diminue pas, il faut abandonner ce traitement par les agents physiques et opérer.

D'autre part, pour qu'on puisse appliquer ce traitement, il faut que le diagnostic ait été porté avec toute la certitude possible, et en particulier, le diagnostic de la nature ovarienne du kyste ; sinon on risque un échec ou même des accidents : en effet, si l'on en croit beaucoup d'auteurs, quand la tumeur n'est pas de nature ovarienne, les rayons X ou le radium seront sans effet, à moins peut-être qu'on ait affaire à un petit fibrome du col utérin, développé après une subtotalité.

Il est curieux en effet de constater que les kystes résiduels peuvent disparaître rapidement par l'application de rayons pénétrants, alors que ce traitement est sans effet sur un kyste banal de l'ovaire, et qu'au contraire il peut, de l'avis de J.-L. FAURE, de RAYMOND BERNARD, en particulier, donner un coup de fouet à cette production, et la transformer en un kyste végétant à généralisation rapide, et d'un haut degré de malignité. Mais, d'autre part, la nature « épithéliomateuse », la structure souvent atypique de ces embryomes kystiques nous donne peut-être une explication du fait précédent.

Il faut aussi se méfier d'une tumeur purement inflammatoire, avec fièvre, et au niveau de laquelle les rayons pénétrants risquent de donner un coup de fouet à une infection relativement peu virulente. On cesserait le traitement si on observait une recrudescence des symptômes.

En ce qui concerne la technique de l'application de radium, et celle de la radiothérapie pénétrante, nous serons très réservés : ceci est l'affaire du spécialiste. Nous dirons seulement que dans les cas où il fut employé, le radium fut introduit, après colpotomie latérale, à l'aide du dilateur-gouttière de Laroyenne, dans le ligament large au niveau de la tumeur. CHALIER introduisit deux tubes de 25 mgr. de radium qu'il laissa en place 2 jours.

BROCQ, qui utilisa la radiothérapie, fit 10 séances à raison de 2 par semaine.

TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE. — Ainsi donc, nous sommes assez bien armés contre ces formations kystiques résiduelles. Mais pour satisfaire au vieil adage : mieux vaut prévenir que guérir, il faudrait pouvoir empêcher leur formation. Existe-t-il un traitement prophylactique de ces tumeurs ? Certes oui : on peut dans une large mesure prévenir le développement des kystes résiduels ovariens consécutifs à l'hystérectomie.

Tout d'abord, il sera bon de suivre le conseil de LECÈNE : *enlever soigneusement tout le tissu ovarien* quand on enlève un utérus ; en effet, les cas de dégénérescence kystique des ovaires ou morceaux d'ovaire laissés en place sont en sommes fréquents malgré la rareté relative des hystérectomies conservatrices ; M. COTTE en cite plusieurs cas, et la sta-

tistique de COSASESCO n'est pas rassurante, sans compter que, comme nous l'avons dit, il y a d'autres risques que la dégénérescence kystique.

MM. CORNIL et FIOLE font d'ailleurs remarquer avec juste raison que cette pratique est encore bien insuffisante : en effet, disent-ils, puisque nombre de kystes résiduels sont incontestablement développés aux dépens d'ovaires surnuméraires, il est absolument nécessaire d'explorer soigneusement le lieu d'élection de ces glandes, c'est-à-dire les abords de l'utérus que l'on enlève, en particulier la région para-utérine du ligament large, et, si l'on en trouve une ou plusieurs, les enlever.

Mais alors, avec cette castration « totale » au sens le plus absolu du mot, nous retombons sous la menace des accidents de la ménopause anticipée dont nous avons parlé au début de ce travail. Il est vrai qu'un grand nombre de chirurgiens disent n'avoir jamais observé ces troubles ; quelques-uns même les considèrent comme un mythe. D'autres admettent leur existence, mais prétendent que, presque toujours, tout s'arrange très bien et que ces troubles disparaissent avec l'ovarine, ou même spontanément. Il en est pourtant d'absolument réels et d'assez fréquents, comme l'obésité, par exemple, qui, bien que d'importance apparemment minime, ont cependant fréquemment sur le psychisme d'une jeune femme pour qui, logiquement, l'esthétique corporelle compte beaucoup, une influence désastreuse, et méritent qu'on leur porte attention.

C'est pourquoi certains chirurgiens font suivre la castration totale d'une greffe ovarienne, autogreffe ou homogreffe ; cette dernière étant la greffe d'un ovaire prélevé sur une autre femme.

L'efficacité de ces greffes vis-à-vis des accidents ménopausiques est contestée. Ce n'est pas le lieu ici de faire une étude détaillée des greffes. Nous essayerons seulement de montrer que leur pratique, logique en elle-même, nous semble justifiée par les résultats obtenus chez la femme par de nombreux chirurgiens.

Après les Américains (MORRIS, DUDLEY-PALMER, etc.), c'est MAUCLAIRE qui, en France, en fit le premier. Dans les thèses de KERMAREC (Paris, 1902), de MOREAU (Paris, 1905), de JARDRY (Paris, 1907), on trouve enregistrés les bons résultats de la greffe ovarienne. Il est vrai que dans tous ces cas on peut objecter qu'on ne sait pas d'une façon certaine si la castration primitive avait abouti à l'ablation totale du tissu ovarien. Pourtant, nous avons vu au début de ce travail les résultats relatés par SCHEURER; cet auteur a recueilli dans le service de TUFFIER 22 observations de greffes ovariennes en différents endroits, chez des castrées, dont 13 avec hystérectomie et 9 sans hystérectomie. Les résultats ont été les suivants :

1° D'abord, il subsiste tout de même presque toujours quelques bouffées de chaleur que la greffe ovarienne ne peut empêcher.

2° Il y eut 16 bons résultats contre 6 mauvais; parmi les 16 premières malades, 11 avaient subi une hystérectomie totale ou subtotale, et 5 avaient gardé leur utérus. Parmi les 6 autres malades, 2 avaient été hystérectomisées, et 4 avaient gardé leur utérus. Il ne semblerait donc pas que la conservation de ce dernier soit un facteur de succès, puisque la proportion des échecs était plus grande dans les cas où on avait laissé l'utérus (4 échecs sur 9 cas) que lorsqu'on l'avait enlevé (2 échecs sur 13 cas). D'autre

part, il ressort de cette étude comme des travaux de MAUCLAIRE, que les greffes sous-cutanées donnent d'aussi bons résultats que les autres : « On voit — conclut SCHEURER — même en considérant que dans quelques cas classés comme bons, il y a tout de même des troubles légers d'insuffisance ovarienne, que si le nombre des femmes qui ont subi la castration double sans greffe et qui ne souffrent pas de troubles de la ménopause anticipée est de 8 à 10 % des cas, dans 50 % des cas, chez les femmes qui ont subi la castration double avec greffe, les symptômes de la ménopause anticipée ne font pas leur apparition ».

Plus récemment, des travaux américains semblent aboutir à des conclusions semblables. En particulier, G.-S. FORSTER publie dans l'« American Journal of Surgery », tome XXXIX, n° 8, août 1925, une analyse de 50 cas de greffes ovariennes dont 28 autogreffes et 22 homogreffes ; il compte 38 résultats bons, 10 médiocres et 2 mauvais.

Enfin, il faut citer la publication de E. TOULOUSE, R. BLOCH et P. SCHOFF intitulée : « Quelques essais de greffe ovarienne dans les psychopathies », (« L'encéphale », n° 9, novembre 1926), dans laquelle il rapporte un cas de guérison par greffe d'une anxieuse par hystérectomie avec ovariectomie, et une autre de guérison par greffe, malgré une castration simultanée pour lésion pelvienne d'une femme anxieuse avant cette intervention.

Donc, il semble établi que les greffes ovariennes sont à conseiller comme complément de l'hystérectomie. D'ailleurs, puisque d'aucuns prétendent, et avec de sérieuses raisons, que les résultats sont d'autant meilleurs que les règles sont conservées, il paraît avantageux de pratiquer dans ce but, ainsi que le font certains chirurgiens, non pas

une hystérectomie totale ou subtotale qui ne laisse pas subsister d'endomètre, non pas une hystérectomie fundique dont les inconvénients et les dangers opératoires apparaissent comme trop considérables, mais une hystérectomie *sus-isthmique* qui est aussi simple et ne comporte pas plus de gravité que la subtotale, et qui a des chances de conserver une surface d'endomètre suffisante pour que des phénomènes menstruels subsistent.

Enfin, une question se pose : où fera-t-on cette greffe ? Une greffe intra-abdominale, intra-péritonéale est dangereuse puisque, dans ce cas, on enferme dans l'abdomen une glande dont on ne connaît pas en somme d'une façon certaine le degré d'intégrité anatomique, ni le degré d'asepsie, en un mot la « puissance » pathologique ; mieux vaudrait encore la laisser simplement à sa place normale avec sa vascularisation et son innervation.

Une greffe intra-musculaire peut risquer de subir des compressions plus ou moins pénibles pendant les contractions du muscle qui la renferme. La greffe sous-péritonéale faite dans la paroi abdominale antérieure n'est guère plus accessible que la greffe intra-abdominale.

Au contraire, la *greffe sous-cutanée* faite soit au niveau de la paroi abdominale antérieure, soit au niveau des grandes lèvres, présente le minimum d'inconvénients. L'expérience a montré qu'elle était tout aussi efficace que les autres (MAUCLAIRE, TUFFIER, FORSTER).

Il est peut-être possible que, à part le risque d'inflammation et de suppuration, ces greffes subissent la dégénérescence kystique ; mais, outre qu'il n'y en ait pas d'exemple, du moins que nous sachions, cette éventualité ne présenterait pas, de par la situation superficielle du

greffon, les symptômes pénibles et la gravité d'une production kystique pelvienne et, d'autre part, l'accessibilité de l'organe transplanté rendrait l'accident absolument bénin, puisqu'une simple incision des téguments sous anesthésie locale permettrait d'enlever la greffe devenue gênante.

Enfin, nous avons vu que s'il ne reste pas d'endomètre au niveau du moignon utérin, presque toujours la greffe ovarienne dégénère au bout d'un temps variant de quelques mois à 2 ans et elle perd alors toute efficacité au point de vue des accidents de la ménopause anticipée.

Nous avons déjà parlé des recherches faites sur l'utilité de la greffe utérine comme complément de la greffe ovarienne, et en particulier des travaux de CHEVAL, DÉJARDIN, L. et Ch. MAYER qui, se basant sur eux, ont appliqué la méthode, et semble-t-il, avec succès, dans 9 cas chez la femme. Voici en gros comment ils procèdent : après avoir sectionné l'utérus en deux valves, l'une antérieure, l'autre postérieure, ils badigeonnent ces deux moitiés à la teinture d'iode à 5 %, et découpent au bistouri un greffon comprenant l'endomètre, la sous-muqueuse, et un peu de muscle utérin : puis ils déposent ce greffon dans un espace sous-cutané créé à la faveur d'une petite incision faite à la paroi abdominale loin en dehors de l'incision de laparotomie.

Bref, il résulte de tous ces faits que : 1° la greffe ovarienne isolée ne possède qu'une efficacité douteuse pour empêcher les troubles de la ménopause anticipée, et n'exerce une action réelle que si le moignon utérin est assez gros pour contenir une certaine quantité de muqueuse ou si on complète cette greffe ovarienne par une

greffe d'endomètre, et que 2° greffe ovarienne et greffe de l'endomètre constituent des compléments vraisemblablement très utiles, et en tout cas très simples, de l'hystérectomie.

CONCLUSIONS

I. Les productions kystiques de nature ovarienne consécutives à l'hystérectomie, peuvent se développer soit aux dépens d'*ovaires entiers* laissés à leur emplacement normal dans l'intention de prévenir les accidents de la ménopause artificielle, soit aux dépens de *moignons ovariens* laissés en place dans le même but, soit aux dépens de *débris ovariens* laissés, volontairement ou non, après la castration, soit enfin aux dépens d'*ovaires surnuméraires* restés ignorés au cours de l'hystérectomie, et dont l'existence est relativement fréquente.

II. Ces kystes résiduels sont loin d'être rares et on n'en fait peut-être pas assez souvent le diagnostic; il faut y penser chaque fois qu'une hystérectomisée vient se plaindre de douleurs pelviennes ou d'écoulements sanguins plus ou moins réguliers, et faire un examen gynécologique minutieux.

III. La symptomatologie de ces productions kystiques est relativement peu riche. Les signes ne sont presque jamais tous réunis. Les plus constants sont certainement les douleurs à caractère plus ou moins nettement périodique, et la présence dans l'un des culs-de-sac vaginaux d'une tuméfaction douloureuse.

IV. Cette symptomatologie doit être bien connue, d'abord parce qu'elle est assez peu riche et qu'elle peut

être fruste, et ensuite parce qu'il importe de bien savoir faire le diagnostic de cette affection. Ce diagnostic est relativement facile.

V. Le pronostic n'en est pas mauvais, surtout depuis qu'on a reconnu les bons effets de la physiothérapie.

VI. Les kystes résiduels ovariens n'ont pas tous la même structure histologique, et leur pathogénie n'est pas unique.

Dans le mécanisme de leur production, il faut faire intervenir les altérations antérieures du parenchyme ovarien qui a donné naissance au kyste. Mais il semble établi aussi qu'il faut attribuer une part de responsabilité à l'hystérectomie elle-même dans certaines transformations kystiques ovariennes.

VII. Contre la tumeur constituée, il semble qu'il faille d'abord employer la physiothérapie. Un échec de ce traitement commande secondairement une intervention chirurgicale. Mais il faut envisager aussi un traitement prophylactique qui consiste, au cours de l'hystérectomie, d'abord à ne pas conserver d'ovaire à son emplacement normal, et aussi à enlever éventuellement les ovaires surnuméraires qu'une exploration attentive et systématique du paramètre pourrait déceler.

VIII. Pour éviter les troubles de la ménopause artificielle, qui ont une importance réelle, il paraît logique de compléter la castration totale par une greffe ovarienne, accompagnée, selon les idées actuelles d'une greffe d'endomètre, l'une et l'autre très simples.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- P. BROCC et M^{lle} B. DUPEUX. — Formation ovarienne développée dans le petit bassin à la suite d'une hystérectomie ; exérèse chirurgicale ; récive ; guérison par roentgenthérapie. — *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, n° 6, juin 1932.
- A. BEAU. — Existe-t-il une action de l'utérus sur la fonction ovarienne ? — *Revue Médicale de l'Est*, tome LXII, n° 2, 15 janvier 1934.
- M. CHALIER. — Des kystes pelviens consécutifs aux castrations totales pour pyosalpinx. — *Société de Chirurgie de Lyon*, séance du 5 février 1925.
- CHASSAT. — Des cysthématomes menstruels post-opératoires. — *Thèse, Paris*, 1909.
- H.-C. COE. — Kyste développé dans la portion d'ovaire laissée en place après une opération conservatrice. — *New-York obst. Soc.*, 19 octobre 1897, in *Am. Gyn. and Obst. Journ.*, décembre 1897, p. 699.
- H.-C. COE. — Kyste de l'ovaire laissé en place après une opération conservatrice. — *Am. Gyn. and Obst. Journ.*, mars 1900, p. 389.
- CORNIL et FIOLE. — Formations ovariennes para-utérines hyperplasiques consécutives à la castration totale. — *Presse Médicale*, 3 octobre 1931.
- A. COSASESCO (Bucarest). — A propos des kystes de l'ovaire à la suite des hystérectomies pour fibromes. — *Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, an XXIII, n° 7, juillet 1928, pp. 428-432.

- COTTE. — Discussion de la communication de Chalier sur les kystes pelviens consécutifs aux castrations totales pour pyosalpinx. — *Société de Chirurgie de Lyon*, séance du 5 février 1925.
- L. DARTIGUES. — Des productions kystiques intra-ligamentaires consécutives à l'hystérectomie abdominale. — *Bulletin de la Société de l'Internat*, mai 1907.
- L. DARTIGUES. — Un cas de cysthématome menstruel post-opératoire. — *Bulletin de la Société de l'Internat*, 1907.
- L. DARTIGUES et JOANNIDÈS. — Les cysthématomes menstruels post-opératoires. — *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, février 1908.
- R.-L. DRIKINSON. — Behavior of the ovary after the removal of the uterus. — *American Journal of Obst.*, New-York, 1911, LXIV, p. 302.
- PALMER DUDLEY. — Quelques remarques sur la chirurgie conservatrice des annexes. — *Am. Journal of Obst.*, janvier 1898.
- SHEERWOOD DUNN. — Conservation des ovaires. — *Am. Ass. of Obst. and Gyn.*, 17-20 août 1897, in *Méd. News*, 28 août 1897.
- G. ERDMANN. — Volgezustande der Uterus Extirpation bei Belassung von ovarial Substance. — *Zentralblatt für Gynækologie*, Leipzig, LI, 26 novembre 1927, p. 3050.
- FAURE et SIREDEY. — *Traité de Gynécologie*, édition 1923.
- J.-L. FAURE. — Laparotomie itérative après hystérectomie abdominale subtotal. Ponction et marsupialisation d'un énorme kyste sanguin consécutif. Guérison. — In *Thèse Mickler*, Nancy, 1927.
- DANIEL FERÉY. — De la conservation des ovaires dans l'hystérectomie. — *Gazette Médicale de France*, Paris, 15 janvier 1929, p. 703.
- G.-S. FORSTER. — Greffe ovarienne : analyse de 50 cas. — *American Journal of Surgery*, tome xxxix, n° 8, août 1925, pp. 197-199.

- P. GILLET. — Dégénérescence kystique itérative de débris ovariens après castration totale. — *Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, janvier 1925.
- M. HALLER. — Kyste pelvien après hystérectomie abdominale sub-totale. — *Bulletin des Chirurgiens de Paris*, avril 1925.
- J. LANOS. — Kyste pelvien d'origine ovarienne développé après hystérectomie pour péritonite aiguë. — *Bulletin des Chirurgiens de Paris*, 1^{er} mai 1925.
- LE DENTU. — Suites éloignées de l'ablation des annexes dans les affections non néoplasiques de ces organes. — *Rapport au Congrès français de Chirurgie*, 1891.
- MAUGLAIRE. — A propos des greffes ovariennes. — *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, séance du 10 février 1909.
- L. MIKLER. — Contribution à l'étude des productions kystiques pelviennes après castration totale chez la femme. — *Thèse, Nancy*, 1927.
- F. MIRTO. — Le alterazioni dell'ovare dopo l'isterectomia. — *Ginecologia*, Firenze, 1904, I, p. 196.
- M. OSNOS. — Destinée des segments ovariens laissés en place après hystérectomie. — *Thèse, Montpellier*, 1913.
- J.-O. POLAK. — The end results when hysterectomy has been done and an ovary left. — *Journal Amer. Gynec. Sec. Philadelphia*, 1911, xxxvi, p. 322.
- K. PRONAI. — Ovarien 4 Jahre nach Uterus Extirpation. — *Zentralblatt für Gynækologie*, Leipzig, 1910, xxxiii, p. 182.
- V. RICHE, E. MOURGUE-MOLINES et P. LONJON. — Deux cas de formations kystiques pelviennes développées après hystérectomie. — *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, n° 6, juin 1933.
- M. SCHEURER. — La greffe ovarienne : historique, résultats cliniques et thérapeutiques. — *La Gynécologie*, mai 1910.
- SÉJOURNET. — Kyste pelvien après hystérectomie abdominale sub-totale. — *Bulletin des Chirurgiens de Paris*, 1^{er} mai 1925.

- TIXIER, ₂ — Trois cas de kystes pelviens à la suite de castration totale. — *Société de Chirurgie de Lyon*, séance du 5 février 1925.
- E. TOULOUSE, R. BLOCH et P. SCHOFF. — Quelques essais de greffe ovarienne dans les psychopathies. — « *L'Encéphale* », année XXI, n° 9. novembre 1926, pp. 668-705.
- E.-E. TULL. — Ledving an ovary to prevent reslet symptoms after hysterectomy. — *American Journal of Obst.*, New-York, 1900, XLI, p. 221.
- EDMUND WALDSTEIN. — De la formation de kystes dans les restes d'ovaires. — *Zentralblatt für Gynækologie*, n° 40, 6 octobre 1920.
- M. WATRIN et H. BRABANT, ₂ — La répercussion de l'hystérectomie sur l'hystophysiologie ovarienne. — *Archives biologiques*, XLIII, fasc. 2, 1932, p. 153.
-

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	5
Historique	19
Etiologie	25
Etude clinique.	
A. — <i>Symptomatologie</i>	31
B. — <i>Observations</i>	43
Diagnostic	77
Evolution et pronostic	81
Anatomie pathologique	85
Etude pathogénique	93
Traitement	101
CONCLUSIONS	115
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	117

Vu :
Nancy, le 28 février 1934,
Le Président de Thèse,
MICHEL.

Vu et approuvé :
Nancy, le 28 février 1934.
Le Doyen de la Faculté de Médecine,
SPILLMANN.

Vu et permis d'imprimer :
Nancy, le 1^{er} mars 1934.
Le Recteur de l'Académie,
BRUNTZ.
Président du Conseil de l'Université.

